Rok XXVIII. Kraków, 6 Kwietnia 1889. Nr. 14.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi 8 złr. 80 ct.**	**w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.**	**w Niemczech 14 mk.**	**we Francyi 24 fr.**
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

†

Dr. Alfred Biesiadecki

c. k. Radzca Namiestnictwa i Referent spraw lekarskich w Namiestnictwie galicyjskiem, b. Profesor zwyczajny anatomii patologicznéj, b. Dziekan Wydziału lek. w Uniw. Jagiell., Członek zwyczajny Akademii Umiejętności, Członek i b. Prezes Tow. lek. krak., Prezes Tow. lekarzy galicyjskich, Członek wielu innych Towarzystw, b. Radzca m. Krakowa, Kawaler orderu korony żelaznéj 3-ciéj klasy, pruskiego orderu Orła czerwonego 3-ciéj klasy i rosyjskiego św. Stanisława 2-giéj klasy, itd., itd., itd.

urodzony w Dukli d. 12 Marca 1839
umarł we Lwowie d. 31 Marca 1889.

„Non omnis moriar, multaque pars mei vitabit Libitinam.“

Słowa te poety rzymskiego stósował do wielkiego nowoczesnego lekarza polskiego i znakomitego obywatela również wielki obywatel, żegnając zwłoki poprzednika swego w urzędzie autonomicznym. Słowa te bez przesady zastósować możemy dziś do świeżo zgasłego protomedyka naszego, bo też ś. p. Biesiadecki w dziejach medycyny polskiéj godne zajmie miejsce obok Dietla. Śmierć jednego i drugiego nie była niespodzianką; jeden spłacił dług naturze w wieku sędziwym, drugi w jego sile, ale styrany pracą i wieloletnią, uporczywą chorobą; jednak wiadomość, że nastąpiło to, czego powszechnie oddawna się obawiano, wywołała w całym kraju smutek i żal głęboki; uczuł bowiem kraj, że stracił męża miary niezwykłéj. W przeciągu lat 10 biedny nasz kraj stracił obydwóch, a choć pamięć ich nietylko śród nas nigdy nie zagaśnie, ale przechowa się na kartach dziejów lekarskich, to jednak nie zmniejsza to doniosłości bólu z powodu straty, którą my ponosimy, my biedni pariasi śród narodów, dla których każdy cios w dwójnasób jest dotkliwym, bo ani tak łatwo ani tak prędko powetować się nie daje.

Pod świeżém a bolesném wrażeniem téj wielkiéj straty, w obec grobu jeszcze otwartego, nie stać nas na przedmiotowe i chłodne ocenienie zasług ściśle naukowych znakomitego Kolegi; zajmie się niém niezadługo jeden z pomocników i świadków prac nieboszczyka, dokonywanych w zakładzie, w którym niezmordowanie oddawał się badaniom, dopóki nadwątlone siły fizyczne nie zmusiły go do przeniesienia się na inne, a również ważne pole działania. Na teraz poprzestaniemy na krótkiém zestawieniu dat życia tak pożytecznego, a którego pasmo niestety tak przedwcześnie przerwane zostało.

W 24-tym roku życia ś. p. Biesiadecki uzyskał we Wiedniu stopnie akademickie i odrazu rozpoczął służbę w tamtejszym szpitalu powszechnym. Już jako uczeń zwrócił był na siebie uwagę swych przewodników, a głównie Brückego i Rokitańskiego, pod których kierunkiem pracował w zakładach; to też gdy w r. 1865 opróżnioną została posada asystenta, wielki reformator anatomii patologicznéj powołał na nią Biesiadeckiego, który w krótkim czasie pracami swojemi i wykładami takie pozyskał wzięcie w Wiedniu, że lekarze zagraniczni, którzy późniéj sami zasłynęli jako badacze, z dumą nazywali się uczniami młodego asystenta. Powołany w r. 1868 na katedrę anatomii patologicznéj w Uniw. Jagiell., opuszcza Wiedeń i z młodzieńczym zapałem przystępuje do krzewienia nauki na niwie ojczystéj śród młodzieży uwielbiającéj go, pomimo że nie uganiał się za popularnością, a nawet umiał być dla mniéj pilnych surowym przewodnikiem. Równocześnie rozwinął wszechstronną czynność w Towarzystwie naukowém a następnie w Akademii Umiejętności, któréj był Członkiem czynnym od chwili jej

powstania, w Senacie akademickim jako dziekan Wydziału lekarskiego, w Towarzystwie lekarskiém krakowskiém, które go obrało swym przewodniczącym, w reprezentacyi miejskiéj, do któréj należał jako radzca; słowem przez ciąg 8-letniego pobytu w Krakowie nie było grona poważnego, w któremby nieboszczyk nie działał według sił swoich a nawet nad siły swoje. To téż gdy w r. 1876 przyjął ofiarowaną sobie posadę protomedyka we Lwowie, koledzy i uczniowie żegnali go serdecznie, nie tając żalu, że widział się zmuszonym porzucić tak ważną katedrę uniwersytecką. Zdołał on jednak zająć stanowisko wybitne i jako protomedyk we Lwowie. Złożywszy dowód odwagi osobistéj, gdy w zimie 1878/9 r. podczas pojawienia się dżumy w Wietlance nad Wołgą śród ogólnego przerażenia, które ogarnęło całą prawie Europę, nie wahał się bezinteresownie przyjąć na wezwanie Rządu niebezpiecznéj misyi, zaszczycony nieograniczoném zaufaniem ówczesnego Namiestnika hr. Potockiego przyczynił się do przeprowadzenia organizacyi lekarzy powiatowych oraz wielu ulepszeń higijenicznych w kraju naszym. Jego usilnym staraniom i wpływom osobistym zawdzięczamy utworzenie we Lwowie zakładu weterynarskiego i obsadzenie go najlepszemi siłami, które już to znalazł w kraju, już téż potrafił odszukać w innych dzielnicach naszych. Do ulubionych jego marzeń należało założenie we Lwowie biblijoteki lekarskiéj na większą skalę, a pod tym względem nie szczędził znacznych ofiar pieniężnych; jako prezes zaś Rady sanitarnéj krajowéj krzątał się koło utworzenia choć skromnego zakładu bakteryjologicznego, odpowiednio do tegoczesnych wymagań higijeny. W ostatnich czasach był zajęty zbieraniem materyjału do tyle ważnéj dla kraju naszego organizacyi służby zdrowia w gminach, a po raz ostatni przy względném jeszcze zdrowiu wystąpił podczas Zjazdu lekarskiego we Lwowie w lipcu r. z., obznajmiając przy téj sposobności przybyłego na Zjazd referenta sanitarnego w Ministerstwie spraw wewnętrznych z potrzebami sanitarnemi stolicy i prowincyi. Największą zasługę położył dla stanu lekarskiego Galicyi jako wieloletni prezes Tow. lek. galicyjskich, poznawszy dokładnie opłakane stósunki lekarskie na prowincyi i nędzę wdów i sierót pozostałych po kolegach, którzy pomimo ciężkiéj wieloletniéj pracy nie zdołali zabezpieczyć bytu rodzinie swojéj. Nieustannie przemyśliwał nad pomnożeniem funduszu kasy wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach istniejącéj przy Towarzystwie lek. galicyjskich i Jemu wyłącznie prawie zawdzięczyć należy, że fundusz ten z małych początków powstały wzrósł obecnie do kilkudziesięciu tysięcy zł. a. i że z odsetek tego kapitału pobierają stałe pensyje i wsparcia wdowy i sieroty. Na ten sam piękny cel przeznaczył także i sumę 6000 złr., którą przy sposobności 25-letniego jego jubileuszu lekarskiego wdzięczni lekarze galicyjscy złożyli i Jemu oddali do dyspozycyi. A pamięć o losie wdów i sierót przechował do ostatniego tchnienia; dogorywając już prosił, aby przy pogrzebie jego kosztowne a marne wieńce zastąpiono datkami na cel dobroczynny.

Wszystko to zdziałał Biesiadecki w ciągu krótkiego żywota, skołatanego cierpieniami fizycznemi i moralnemi. W Krakowie stracił pierwszą żonę, za czasów pobytu we Lwowie syna, rokującego świetne nadzieje, który zginął na wycieczce w Zakopanem; osłodą jego cierpień była druga zacna żona i dwoje pięknych jak anioły dzieci, które obecnie opłakują zgon najlepszego małżonka i ojca.

Chorągwie żałobne, które powiewają z gmachów naukowych Krakowa i Lwowa, zwiastują krajowi, że na firmamencie naszym naukowym zgasła gwiazda, jedna z przyświecających jaśniéj i żywiéj, że naród stracił jednego z najlepszych obywateli, a stan lekarski nasz jednę z największych ozdób, a przedewszystkiem jednego z najżyczliwszych orędowników. A jeżeli dziś wszystkie odcienia ludności wezmą udział w oddaniu ostatniéj usługi tak zasłużonemu Mężowi, to niechaj i nam będzie wolno złożyć hołd uszanowania i wdzięczności znakomitemu i zacnemu Koledze, który kierując się pobudkami patryjotycznemi przyprowadził do skutku sojusz pomiędzy Towarzystwami lekarskiemi krajowemi i zawsze okazywał się życzliwym dla naszego tygodnika. Z uczuciem niewysłowionego bólu i głębokiego żalu żegnamy Cię, zacny i znakomity Ziomku i Kolego! Niechaj będzie Ci lekką ta ziemia, którą tak kochałeś!

†

Dr. Teofil Kaczorowski.

Pod smutną gwiazdą rozpoczynamy drugi kwartał rocznika. Przed kilku dniami dopiero pochowaliśmy młodego kolegę krakowskiego; jeszcze nie ochłonęliśmy z pierwszego smutnego wrażenia z powodu śmierci protomedyka, a już dochodzi nas wiadomość o śmierci jednego z najzacniejszych i najzdolniejszych kolegów poznańskich. Ze zbolałéj piersi wyrywa się jęk żałosny a mimowolnie wolamy z poetą: Przestań kary, Boże rozgniewany!

Ś. p. Teofil Kaczorowski urodził się w r. 1830 w okolicach Torunia, do gimnazyum uczęszczał w Chełmnie n. W., nauk lekarskich słuchał od r. 1848 w Gryfii, później w Królewcu i Berlinie, gdzie w r. 1853 osiągnął dyplom doktorski. Osiadłszy w Poznaniu jako lekarz praktyczny uzyskał wielkie wzięcie, później był i lekarzem zakładu Sióstr Miłosierdzia, a rząd nadał mu tytuł radzcy zdrowia. Jedynaczkę swoją wydał za poetę Asnyka; umarła ona w kwiecie wieku, pozostawiwszy dorodnego synka, który chował się w domu dziadka. Ś. p. Kaczorowskiego poznaliśmy na 1-szym Zjeździe lekarskim w Krakowie w r. 1869, a po raz drugi zetknęliśmy się z nim na Zjeździe w Poznaniu, gdzie mieliśmy sposobność poznania zacnego jego domu i prawdziwéj staropolskiéj gościnności, z jaką podejmował kolegów z dala przybyłych. Ś. p. Kaczorowski był lekarzem, który w każdym narodzie, nawet kroczącym na czele cywilizacyi, byłby chlubą stanu i zawodu swego; rozległe ogólne a nie mniejsze zawodowe wykształcenie, gruntowna znajomość języków, bystrość poglądów, śród lepszych warunków aniżeli niestety istnieją dla Polaków pod panowaniem pruskiem, byłyby aż nadto dostateczne, aby Kolegę tego nawet bez osobistych starań i zabiegów wysunąć na stanowisko wybitne, pierwszorzędne; w Poznaniu dzielił on los innych zasłużonych kolegów, którzy bez uznania należytego ze strony rządu zadowolić się muszą wewnętrznem przeświadczeniem, że poczciwej sprawie niosą w ofierze cichą i pożyteczną swą pracę. Jak rozległą była wiedza nieboszczyka, wynika z licznych jego rozpraw, ogłoszonych w języku polskim i niemieckim. Szczególną życzliwością otaczał nasz tygodnik, w którym największa część jego prac się mieści; kilka rozpraw ogłosił i w innych pismach polskich oraz w tygodnikach berlińskich: *Berl. klin. Woch.* i *D. med. Woch.* Od lat paru, szczególniéj od śmierci zacnéj swojéj małżonki, zaczął podupadać na zdrowiu, a dotknięty chorobą sercową cierpiał długo i ciężko w osamotnieniu swojem. Stan lekarski polski traci w ś. p. Kaczorowskim prawdziwą ozdobę, my zacnego przyjaciela i kolegę, którego pamięć śród nas nie zaginie!

I. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

Kilka wieków temu znakomity Jezuita z Fuldy Atanazy Kircher zauważył ciekawe zjawisko, które opisał w swém dziele: *„Ars magna lucis et umbrae“* (1646) i nazwał „dziwném doświadczeniem“ — *experimentum mirabile*. Mianowicie: jeżeli zwiążemy nogi kurze wązką wstążką i położymy zwierzę na podłogę lub stół, gdzie ono nareszcie po różnych wysilkach i krzykach uspokoi się, późniéj nakreślimy kredą kreskę w kierunku skośnym do ócz kury, to możemy rozwiązać ją, a kura leży spokojnie, nie wstaje, nie ucieka przez pewien przeciąg czasu, nawet wtedy, jeżeli będziemy ją straszyć. Nie rozbierając bliżéj istoty rzeczy, Kircher objaśniał sobie bardzo łatwo, ale dla teraźniejszéj nauki dość naiwnie, przyczynę zjawiska: kura po oswobodzeniu leży spokojnie dlatego, że w skutek silnie rozwiniętéj wyobraźni, silnéj imaginacyi, uważa kreskę kredową za wstążkę lub sznurek, który ją więził do tego czasu, i mniema, że więzy jeszcze znajdują się na jéj nogach, choć ich już niema. Zjawiska podobne do doświadczenia Kirchera obserwowano późniéj nieraz, w ogóle wiedziano, że niektóre zwierzęta pozostają przez kilka minut w nienaturalnéj pozycyi, spokojnie, nieruchomie, jeżeli je utrzymuje się siłą przez pewien przeciąg czasu. Ale fakta te znane więcéj w życiu powszedniem, niż w ściśléj nauce; tylko w ostatnich czasach dzięki naukowo przeprowadzonym badaniom ustala się pogląd na istotę tych zjawisk. Pierwszym, który zasłużył się wykonaniem odpowiednich doświadczeń, był profesor fizyologii Czermak [1]). Autor ten eksperymentował najpierw na rakach i przekonał się, że zwierzęta te mogą zachowywać nadane sobie niezwyczajne położenia, pionowe na głowie, na boku, na grzbiecie, jeżeli utrzymamy je ręką, ciężarem lub więzami na ten czas, kiedy raki się bronią. Powtarzając daléj doświadczenia Kirchera z kurami Czermak zauważył, że niepotrzeba ich wcale wiązać; nie jest także koniecznem kreślić kreskę na stole lub podłodze; on po prostu utrzymywał kurę z pewnym stopniem ucisku i przytém wyciągał głowę i szyję, nachylając ją nieco ku piersiom. Przy takim sposobie doświadczenie doskonale się udawało nietylko na kurach, ale i na kaczkach, gęsiach, łabędziach. Taki stan apatji i utraty woli u kur przeciągał się przez wiele minut i bywał tak silny, że można było zwierzę ostrożnie przewracać z boku na grzbiet bez wszelkiego oporu z jego strony i bez obudzenia; głowa przytém utrzymywała swe pierwotne położenie względem ciała, jedna noga z kurczowo wyciągniętemi pazurami była wyciągnięta, a druga przyciągnięta do tułowia. Kura oddychała głęboko i silnie, rzucając wzrokiem od czasu do czasu. Taki stan zwierząt kończył się albo sam przez się albo od jakiegokolwiek mniéj lub więcéj silnego zewnętrznego podrażnienia: ptaki szybko przychodziły do siebie i uciekały. Zupełnie podobne zjawisko utrzymywał Czermak w doświadczeniach z małemi ptaszkami śpiewającemi: kanarkami, szczyglami, słowikami. Przy utrzymywaniu na grzbiecie jedną ręką tułowia, a paluchem i wskazicielem drugiéj ręki — główki, ptaszki te szybko wpadały w stan opisany, co szczególnie dziwiło autora, który spostrzegał ich ruchliwość. Można było otrzymać taki sam stan przy położeniu siedzącem ptaka, jeżeli dwoma palcami trzymało się jego głowę w okolicy usznéj między uchem i kątem szczęki dolnéj: ptaki przytém miały oczy otwarte, lub téż czasem je zakrywały.

Czermak pierwotnie miał na myśli, że głównym czynnikiem zjawiania się opisywanego stanu układu nerwowego jest nienaturalne wyciągnięte położenie szyi, od czego zapewne pozostaje ucisk mechaniczny i rozciągnięcie niektórych części mózgu dużego i pacierzowego. Ale obserwacyje, gdzie stan letargiczny powstawał tylko przy trzymaniu tułowia zwierzęcia, przekonały autora, że rzecz ma się inaczéj. Z drugiéj strony doświadczenia z gołębiami zrodziły u Czermaka mniemanie, że narysowana kredą kreska nie ma tak małego znaczenia, jak to można było przypuszczać na zasadzie doświadczeń poprzednich. Ani trzymanie tułowia z wyciągniętą głową przy pozycyi na boku lub grzbiecie, ani trzymanie głowy dwoma palcami nie zdołało wywołać u gołębia nieruchomości na czas dłuższy; udawało się zaś to bardzo łatwo, jeżeli autor trzymał przed oczyma ptaka jeden lub dwa palce w kierunku skośnym lub pionowym do gładyszki, wtedy można było przewracać i ruszać gołębie i one pozostawały w swéj pozycyi do czasu, póki palec znajdował się przed ich oczami. Oczywiście rzecz całą stanowiło w tym razie utkwienie wzroku w przedmiocie. Podobnie cudowny wpływ wywierał każdy przedmiot, znajdujący się przed oczami gołębia, jeżeli tylko ten utkwił wzrok w niego. Zdawało się, że zwierzę uparcie odwracało główkę od przedmiotu i nie chciało patrzeć nań; w tym razie przytwierdzenie czegokolwiek do gładyszki zaradzało wszystkiemu. Umieszczenie przedmiotu przed oczami wywierało taki sam wpływ i na kury, jak o tem późniéj przekonał się autor: szczególnie łatwo powstawał stan letargiczny, jeżeli położono na osadę dzióba nitkę lub zgięty pręcik: można było przytém zauważyć, jak oczy ptaka uparcie i stale kierowały się ku końcom zwieszającéj się nitki. Czermak przypuszcza, że przy zwykłém wyciąganiu głowy i szyi kury i małych ptaszków, również przy powstawaniu stanu letargicznego główną rolę gra utkwienie wzroku w jakikolwiek przedmiot, znajdujący się w pobliżu.

Przy unieruchomieniu, powstającem u kur pod wpływem przedmiotu, przytwierdzonego do dzióba, Czermak zauważał także wyraźne objawy kataleptyczne: można było ruszać głową ptaka w różnych kierunkach i ona pozostawała w takiém położeniu, jakie jéj nadawano.

Powziąwszy przekonanie, że główną przyczynę opisywanych zjawisk stanowi utkwienie wzroku w przedmiocie, nie odrzucając przytém wpływu podrażnienia nerwów oznaczonych i pewnego nastroju bojaźliwego w zwierzęciu, Czermak wygłosił pierwszy zdanie, że w tym razie mamy do czynienia ze zjawiskami hypnotycznemi, zupełnie podobnemi do tych, jakie wywoływał u ludzi Braid także za pomocą utkwienia wzroku w przedmiocie. Badacze, pracujący późniéj, znaleźli te same fakta, co i Czermak, starali się ściśléj określić ich istotę, ale prawie żaden nie zgadzał się na nazwę i objaśnienie zjawisk, podane przez pierwszego autora. W kró-

[1]) *Nachweis echter „hypnotischer“ Erscheinungen bei Thieren. Sitzungsberichte der Akademie der Wissenschaften. Wien.* 1872. *Band* 66, pag. 364—381. *Beobachtungen und Versuche über hypnotischer Zustände bei Thieren. Pflügers Archiv* 1873. *Bd.* VII. pg. 107.

tkim przeciągu czasu po ogłoszeniu doświadczeń tegoż zjawiła się praca Preyera[1]).

Preyer robił doświadczenia nietylko na ptakach (kurach) ale i na morskich świnkach, królikach, jeżach i żabach; otrzymał te same zjawiska; nazwał on obserwowany stan zwierząt „katapleksyą“. Ale Preyer nie zgadza się wcale na zdania Czermaka, że w tym razie ma miejsce hypnoza, ponieważ zwierzęta nie usypiają, a tylko od czasu do czasu zamykają oczy. Według zdania Preyera wszystkie obserwowane zjawiska są wynikiem strachu, trwogi, wywołującéj u zwierząt utratę ruchu i woli. Zwierzę, mówi Preyer, leży po oswobodzeniu spokojnie dlatego, że myśli, że jeszcze dłużéj będą go trzymać. Aby doświadczenie udało się pomyślnie, Preyer za najlepszy sposób uważa szybkie, nagłe, dość silne schwytanie, które sprawia szybkie, silne i niespodziewane podrażnienie nerwów czuciowych i idącą za tem katapleksyę. W rzeczywistości autor ten ma takie same mniemanie o stanie ośrodkowego systemu nerwowego, jak Czermak: mówi on, że zwierzęta w takich doświadczeniach okazują raczéj naprężenie mózgu, niż senność.

Zupełnie odrębne zdanie o opisywanych faktach wypowiada Heubel[2]). Robił on doświadczenia przeważnie na żabach i po części na ptakach dla skontrolowania doświadczeń Czermaka. Dla wykonania doświadczenia Heubel trzymał żabę w położeniu na grzbiecie tak, że prawa ręka przeszkadzała ruchom głowy i kończyn przednich, lewa — ruchom kończyn tylnych, przyprowadzonych do tułowia: po 5—10, czasem 15 minutach, gdy zwierzę przestało się bronić, autor unosił ręce i żaba leżała spokojnie przez godzinę, nawet 3 lub 4 godziny, nie zmieniając swego położenia. Doświadczenie udawało się także z żabami, u których wycięto półkule mózgowe, nawet ośrodki wzrokowe, ciała czworacze, z żabami, posiadającemi tylko mózg mały, rdzeń przedłużony i pacierzowy. Heubel uważa pozostający we wszystkich takich doświadczeniach stan systemu nerwowego za sen zwyczajny, mniéj lub więcéj głęboki. Jakież dowody przytacza autor? Najprzód to, że żaba przedstawia wiele cech zewnętrznych snu zwykłego. Tak normalna nie śpiąca żaba trzyma kończyny swe w pewnym symmetrycznym porządku; tymczasem u leżącéj na grzbiecie nie widzimy tego: kończyny mają najróżnorodniejsze położenie i pozostają w niem długi przeciąg czasu. Oczy zwierząt zwykle są przymknięte do połowy lub zupełnie, oddychanie, z początku przyspieszone prędko znacznie zwalnia, i staje się głębokiem, czasem nawet tak rzadkiem i powierzchownem, że zaledwie można je zauważyć: działalność serca idzie równolegle z oddychaniem. Daléj Heubel wspomina o znacznéj wiotkości mięśni, jako o stałéj, charakterystycznéj oznace snu, oprócz tego zauważamy osłabienie odruchów. Wszystko to według Heubla przedstawia dowody istnienia snu, zupełnie takiego, jaki zjawia się normalnie, lub też pod działaniem jakiego środka nasennego. Ale dlaczego w danych doświadczeniach zjawia się sen? Tu Heubel ma za punkt wyjścia teoryję snu Pflügera: sen powstaje dlatego, że my usuwamy od zwierzęcia wszystkie zwykłe podrażnienia zewnętrzne, wywołujące stan działalności i pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego. Do takich podrażnień należą wrażenia otrzymane przez nerwy wzroku, słuchu i węchu, przez nerwy obwodowe czucia, podrażnienie ze strony systemu mięśniowego tułowia i kończyn w skutek dobrowolnych lub niedobrowolnych skurczów mięśniowych. Tymczasem przy położeniu żaby na grzbiecie nikną podrażnienia przez wzrok i słuch, ponieważ według Heubla dla udania się eksperymentu konieczną jest ciemność i zupełna cisza; jeżeli zaś tego nie ma, to trzeba, żeby ręka znajdowała się przed oczami zwierzęcia i przez to oddalała promienie światła. Daléj usuwamy podrażnienie skórne w znacznéj części, ponieważ powierzchnia grzbietowa dotykająca stołu jest dużo mniejszą, niż powierzchnia tych części ciała, na których żaba zwykle spoczywa; nareszcie usuwamy podrażnienia mięśniowe przez przeszkodzenie ruchom i przez spokój kończyn. Wszystko to stwarza warunki dla powstania snu normalnego, względnie udania się doświadczenia. Na potwierdzenie swego zdania przytacza Heubel fakt, że przy pionowem lub też na boku położeniu, gdzie nie usuwamy tak wiele podrażnień obwodowych, jak przy położeniu na grzbiecie, a przeciwnie wywołujemy zapewne silniejsze podrażnienia, niż zwykle bywa, doświadczenie nie udaje się łatwo i często. Ale i w doświadczeniach Czermaka z ptakami, mówi Heubel, rzecz także zasadzała się na usunięciu podrażnień zewnętrznych, ponieważ doświadczenia udawały się lepiéj w zmroku, przy pozycyi na grzbiecie, przy usunięciu wrażeń słuchowych i wzrokowych w skutek umieszczenia palców w okolicy usznéj. Oto zdanie Heubla, przedstawione dokładnie.

Ostatnią pracą o hypnozie u zwierząt jest praca Danilewskiego[1]). Badacz ten nie zgadza się ani ze zdaniem Preyera, ani Heubla i nazywa opisywane zjawiska u zwierząt — hypnotycznemi, jak i Czermak. Autor robił swe obserwacye na żabach, które hypnotyzował w położeniu na grzbiecie lub też na boku. Danilewski nie uważa za konieczne dla udania się *experimenti mirabilis* usunięcie podrażnień zewnętrznych i przeciwnie on otrzymywał hypnozę u żab przy takiéj pozycyji, gdzie w sumie ilość podrażnień nie tylko nie była zmniejszoną, ale przeciwnie — zwiększoną i żaby spały, wprawdzie nieco krócéj niż zwykle, przy stuku dwóch metronomów, przy skierowaniu światła na ich oczy. Badając odruchy metodą Türka Danilewski przekonał się, że są one silnie wstrzymane; badanie prądem przerywanym wykazało to samo, i jednocześnie z tym wyraźną bezczułość skórną. Daléj autor konstatował katalepsyję i pohamowanie ruchów samowolnych — czyli pewien stopień abulii, jako objawy hypnozy żabiéj. Ten ostatni fakt sprawdził Danilewski bardzo dowcipnie i ciekawie. Mianowicie: jeżeli położymy na nozdrza żaby kawałeczek bibuły, zwilgotniony wodą, i przez to przeszkodzimy zwierzęciu swobodnie oddychać, to żaba po pół minuty lub minucie zdejmuje przeszkodę zręcznym ruchem przedniéj łapki Jeżeli jakimkolwiek sposobem, czy to przez przecięcie nerwów kończyny, czy przez związanie kończyn, przeszkodzimy żabie wykonać ruch odpowiedni, to po krótkim czasie powstaje duszność, objawiająca się pierwotnem zwolnieniem, następnem przyśpieszeniem oddychania, konwulsyjnemi skurczeniami mięśni oddechowych, wysadzaniem i wciąganiem gałek ocznych przy oddychaniu, ogólnym niepokojem; żaba skacze i nareszcie otwiera usta kilka razy; zresztą to ostatnie nie jest stałem. Jeżeli w czasie tych objawów oswobodzimy łapkę, to żaba szybko zdejmuje bibułę i prędko

[1]) *Ueber eine Wirkung der Angst bei Thieren. Centr. bl. f. d. med. Wissen.* 1873, pg. 177. *Die Katalepsie und der thierische Hypnotismus* Jena, 1887. [2]) *Ueber eine Abhängigkeit des wachen Gehirnzustandes von äusseren Erregungen. Ein Beitrag zur Physiologie des Schlafes und zur Würdigung des Kircherschen Experim. mirabil. Pflügers Archiv*, 1877. *Bd.* 14. 158—210.

[1]) *Ueber die Hemmungen der Reflex- und Willkürbewegungen. Beiträge zur Lehre vom thierischen Hypnotismus. Pflügers Archiv* 1881, *Bd.* 24, 489—525, *u. Nachtrag* pg. 595.

uspokaja się, chociaż oddychanie pozostaje przyspieszonem przez czas pewien. Duszność pozostaje i w tych razach, jeżeli zniszczymy czucie przy skrzydłach nosowych rozpalonem żelazem lub środkami kaustycznemi i przeszkodzimy zdjąć papierek.

Analizując bliżéj to doświadczenie (*Dyspnoe-versuch*), przekonywamy się, że ruch łapki nie jest zwyczajnym odruchem, jak się to zdaje na pierwszy rzut oka; jeżeli zaś ruch ten nazwiemy odruchem, to jest to już odruch, że tak powiemy, wyższego stopnia, odruch posiadający więcéj złożony, psychomotoryczny charakter, niż zwyczajny. Przyłożenie kawałka bibuły nie może być uważane za dostateczne podrażnienie zewnętrzne: obecność przeszkody wywołuje tylko wrażenie czuciowe, które przez assocyjacyję z innemi, zjawiającemi się późniéj wrażeniami, w skutek zaburzenia w oddychaniu wywołuje ruch odpowiedni. Żaba odpowiada ruchem nie zaraz po przyłożeniu do nosa bibuły: ona to czyni tylko po pewnym przeciągu czasu, potem, gdy w jéj mózgowiu pozostało poczucie przeszkody; ruch kończyny jest skutkiem jakiegoś pierwotnego myślenia u żaby. Dodamy, że przy wycięciu półkul mózgowych ruch łapki zjawia się nieraz bardzo późno; objawy duszności występują nie wyraźnie, czasem niema ich zupełnie. (C. d. n.)

II. Jakie leczenie kiły daje najlepsze rezultaty?

napisał

Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

N. N. lat 32, dobrze odżywiony i zbudowany, zgłosił się dnia 15 maja 1887. Ostatni raz spółkował d. 7 maja, spostrzegł pierwsze zmiany d. 11 maja, a gdy d. 15 maja pierwszy raz badałem chorego, znalazłem owrzodzenie powierzchowne wielkości przeciętego grochu na wewnętrznéj płaszczyznie napletka po lewéj stronie prącia z wyraźnêm stwardnieniem u podstawy a przytém w lewéj pachwinie lekko powiększone gruczoły (dwa) za dotykaniem niebolesne. Ponieważ miałem sposobność badania prostytutki, od któréj choroba nabytą została, i przekonałem się, że ona miała objawy ogólnego zakażenia i nacieki kłykcinowe na sromie, miałem niezbitą pewność, że proponuję wycięcie owrzodzenia kiłowego. Już we dwa dni zgoiła się rana *per primam intentionem*, ale gruczoły w lewéj pachwinie się nieco powiększyły i w prawéj pachwinie, dotąd nie powiększone, wyraźnie wymacać się dały. Od tego dnia t. j. 17 maja zaleciłem natychmiast wcierania 1·5 gramowe w pachwiny, sublimat 0·1 na 20 pigułek wewnętrznie. We dwa dni późniéj, t. j. 19 maja, stwierdziłem, że blizna nie ma żadnego stwardnienia i w dalszym przebiegu nigdy nie było stwardnienia. D. 29 maja przekonałem się, że ani gruczoły karkowe ani barkowe nie są zajęte, pachwinowe po prawéj małe, po lewéj nie większe, ale nie zwiększyły się od d. 17 maja. Aby nie rozwodzić się długo nad przebiegiem, dodaję, że d. 19 czerwca pierwszy raz stwierdziłem chrypkę i badając wziernikiem krtaniowym znalazłem obrzęk i zaczerwienienie fałszywych więzadeł głosowych, i zmian tych nie odnosiłem do zakażenia kiłowego, albowiem i przedtém chory często zapadał na zapalenie gardła i lekką chrypkę. Ogółem zrobił pacyjent z małemi przerwami 35 wcierań a więc użył 52·5 gr. szaréj maści i zażywał przez całe pięć miesięcy sublimat w ilości 0·05—0·015 dziennie. D. 13 listopada przekonałem się, że ani gruczoły karkowe ani barkowe nie były zajęte a w pachwinie lewéj największy gruczoł był wielkości małéj fasoli. Gdy w dalszym przebiegu w grudniu b. r. okazało się powierzchowne obłożenie migdałka i łuku prawego a chory zapadał dość często na rozwolnienia, poleciłem używanie jodku potasu (10—200) z przerwami do czerwca 1888. W tym czasie chociaż nie było w całym przebiegu żadnych objawów widocznéj kiły ani na skórze ani na błonie śluzowéj, poleciłem 10 wcierań ogólnych po 4 gramy na dawkę, gdyż chory wkrótce się miał żenić a przeciwko czemu oponowałem, poczém do d. 27 stycznia 1889 nic więcéj pacyjent nie używał. Badając go po raz ostatni d. 27 stycznia b. r. nie stwierdziłem równie żadnych objawów, ani żadnego obrzęku gruczołów, jedném słowem nic, coby za przebytą kiłą przemawiało.

Jeszcze korzystniejszym był przebieg choroby w następującym przypadku:

X. X. lat 26, zgłosił się do mnie dnia 5 kwietnia 1887, ostatni raz spółkował przed 5 dniami, obecnie na wewnętrznéj powierzchni napletka po lewéj stronie owrzodzenie mało ropiejące, przy ucisku nie krwawiące, u podstawy lekko stwardniałe. Gdy rozpoznanie na pewne nie było możliwe, zbadanie zaś źródła choroby nie przedstawiało trudności, postarałem się o stwierdzenie choroby u kobiety, z którą chory ostatni raz spółkował i przekonałem się, że kobieta miała na wargach sromnych nacieki kłykcinowe i takie same zmiany na obu migdałkach. Nie wątpiąc więc, że owrzodzenie jest pierwotnym objawem kiły, wyciąłem d. 9 kwietnia owrzodzenie, które już miało wyraźne stwardnienie, ale gruczoły pachwinowe po lewéj stronie były w tym czasie mało powiększone, zaledwie wymacalne. D. 12 kwietnia owrzodzenie w wielkiéj części *per primam* zabliźnione, gruczoły zdaje się trochę większe. Zaraz tego dnia poleciłem wcierania szaréj maści w obie pachwiny a 1·5 grama, w ogóle użył pacyjent 50 grm. maści. 9 lipca lekkie zbielenie migdałka prawego, 20 lipca powiększenie i zaczerwienienie migdałków i obu łuków. Odtąd nie było żadnych objawów choroby, a badając po raz ostatni pacyjenta d. 28 grudnia 1888 stwierdziłem, że ani gruczoły karkowe ani barkowe ani pachwinowe po prawéj nie są zajęte a tylko po lewéj lekko powiększone. W obu przypadkach nie ulegało kwestyi, że owrzodzenia były pierwotnemi objawami kiły, jak o têm konfrontacyje przekonały. Że w obu przypadkach przebieg dotąd był bardzo łagodny, nie ulega wątpliwości, a jakkolwiek nie mamy prawa nic o przyszłości pacyjentów przepowiedzieć, bo choroba po długiém utajeniu z początku najłagodniejsza może w przyszłości groźnie wystąpić, zawsze jednak dotychczasowy przebieg choroby należy uważać jako bardzo korzystny.

Nie zawsze jednak bywał przebieg choroby po wycięciu pierwotnego objawu kiły równie korzystny, jak to stwierdza następująca historyja choroby.

D. 9 kwietnia 1887 zgłosił się do mnie chory l. 25, urzędnik, wzrostu wysokiego o klatce piersiowéj długiéj a wąskiéj, źle odżywiony; podaje on, że spółkował po raz ostatni d. 7 kwietnia a przedostatni raz 31 marca. Badając dowiedziałem się że źródło choroby jest to samo, co w opisanym powyżéj przypadku i nie mogłem wątpić, że owrzodzenie wielkości soczewicy w rowku żołędziowym z wyraźnêm stwardnieniem po prawéj stronie prącia ułożone, jest pierwotnym objawem kiły. Gruczoły w obu pachwinach były małe, wielkości małych grochów. Zaraz przystąpiłem do wycięcia i natychmiast poleciłem wcierania miejscowe a 1·5 grama szaruchy w obie pachwiny w sposób powyżéj opisany. 19 kwietnia stwierdziłem powiększenie gruczołu pachwinowego, ułożonego po prawéj najbliżéj wzgórka łonowego, który był wielkości małego orzecha a prócz tego dwa gruczoły mniejsze na zewnątrz ułożone. W lewéj pachwinie był jeden gruczoł wielkości dużego orzecha laskowego, specyficznie twardy i drugi na zewnątrz ułożony nieco mniejszy. Powiększenie gruczołów pachwinowych było powodem, że prócz miejscowych wcierań zaleciłem wewnętrznie sublimat w dawce dziennéj 0·01—0·015. Do d. 13 maja zużył pacyjent 52·5 gram. maści i 0·4 sublimatu i wówczas stwierdziłem, że gruczoły karkowe i barkowe nie były zajęte, pachwinowe z obu stron znacznie się zmniejszyły, tak, że największy był wielkości małéj fasoli. W dalszym przebiegu robił pacyjent wcierania co drugi dzień, późniéj co 3 dzień a po użyciu 100 gramów maści szaréj i sublimatu 0·8 dopiero d. 16 września znalazłem po obu stronach na karku i górnéj części po jednym gruczole wielkości małego orzecha i jeden strupek na głowie. Chcąc przekonać się, o ile spotęgują się objawy, nie poleciłem żadnego leczenia i dopiero dnia 10 października znalazłszy lekkie obłożenie obu migdałków, naciek kłykcinowy bardzo powierzchowny w kąciku ust, na przegrodzie nosowéj, poleciłem oprócz miejscowego tuszowania roztworem lapisu zmian kłykcinowych, jod 10—200, dwie łyżki dziennie. Już w 4 dni późniéj okazała się bardzo mała widoczna wysypka plamista na ciele, która po 3 ogólnych wcieraniach po 3 gramy znikła. Mimo to chory użył 10 wcierań ogólnych i 10 gramów jodu i odtąd

do 26 stycznia nie było żadnych objawów ogólnego zakażenia, a tylko gruczoły karkowe lekko powiększone, a pierwotnie zajęte wskazują przebytą chorobę.

Ale i ten przypadek należałby do bardzo szczęśliwych, gdyby była pewność, że odtąd nigdy nie okażą się groźniejsze objawy ogólnego zakażenia. Nie będę przytaczał dalszych historyj, ale ograniczę się do stwierdzenia, że we wszystkich dziesięciu przypadkach, w których po wycięciu natychmiast leczyłem wcieraniami, przebieg był bardzo łagodny i tylko objawy w gardle lub skąpa wysypka świadczyła o ogólnem zakażeniu. Na téj podstawie twierdzę, że najlepsze rezultaty daje wycięcie owrzodzenia i natychmiastowe leczenie rtęcią w postaci wcierań szaréj maści w pachwiny.

Zachęcony tym korzystnym rezultatem — a w myśl teoretycznych wywodów leczyłem 60 przypadków ściśle obserwowanych za pomocą wcierań w okolicę gruczołów pachwinowych, u których wycięcie nie było możliwe albo wydawało mi się z góry nie użyteczne, podając równocześnie sublimat lub jodek potasu.

Zamiast nużyć czytelnika długiemi historyjami chorób podam pokrótce rezultaty leczenia. Tylko w jednym przypadku jedynym objawem ogólnego zakażenia było bardzo lekkie i kilka dni trwające obłożenie migdałków, a ponieważ ten przypadek zasługuje na szczególną uwagę, podam go poniżéj w całości. Zresztą we wszystkich przypadkach były zmiany ogólne w postaci mniéj lub więcéj silnego obłożenia migdałków i zmian na błonach śluzowych. Tylko w 4 przypadkach wystąpiła wysypka plamista, w 8 bardzo skąpo grudkowa (*papulosa*) po 2—3 grudek na dłoniach; w jednym przypadku prócz grudek rozrzuconych na dłoni prawéj zajęcie około paznokcia po urazie i tylko w 4 przypadkach na 60 zmiany na częściach płciowych, a mianowicie 2 razy w postaci powierzchownych nadżerek, które dla tego uważałem jako objaw kiłowy, bo wystąpiły u kiłą dotkniętego, raz u niechlujnego chorego w postaci wyraźnych kłykcin i raz u chorego, który miał wyprysk na mosznach i mocno drapał, w postaci wyraźnych kłykcin na mosznach. We wszystkich przypadkach opóźniły się objawy ogólne, jedyny raz wystąpiły w 79 dni od chwili zarażenia, 8 razy w 97 dni a 24 razy między 108—115, we wszystkich innych wyżéj 115, a obrzęk gruczołów pozostawał zawsze bardzo nieznaczny, czasem tak mały, że o zajęciu gruczołów nie można było mówić. Porównywając przypadki, w których podawałem sublimat i jod ze sobą, stanowczo twierdzę, że korzystniejszym był przebieg tych przypadków, w których obok miejscowych wcierań podawałem jod, aniżeli w tych, w których leczono sublimatem, a mianowicie bywały słabsze objawy na błonach śluzowych i późniéj się okazywały. Tu dodać muszę, że czas obserwacyi najkrótszy był dwa lata. Ilość użytéj rtęci w postaci wcierań nie przenosiła w żadnym przypadku 100 grm.

Pod koniec podam w krótkości dwie historyje choroby: przypadek o najcięższym przebiegu i drugi o najłagodniejszym.

I. Ostatnie spółkowanie 18 lutego 1886, spostrzegł owrzodzenie 6 lutego 1887 a gdy 7 lutego po raz pierwszy chorego badałem, stwierdziłem owrzodzenie wielkości soczewicy w rowku żołędziowym z bardzo wyraźnem i dość rozległem stwardnieniem, w pachwinie jeden gruczoł mocno powiększony dochodził wielkości orzecha tureckiego, twardy, niebolesny, bliżéj spojenia kości łonowych dwa małe gruczoły na zewnątrz i jeden w środku pachwiny. Gruczoły karkowe i barkowe nie zajęte, pachwinowe po prawéj zaledwo dają się wymacać. Zaraz rozpocząłem leczenie za pomocą wcierań i sublimatu wewnętrznie i przekonałem się, że gruczoły i stwardnienie rażno ustępowały, d. 18 kwietnia stwierdziłem pierwsze objawy ogólne w postaci bardzo lekkiego zajęcia gardła, tj. powierzchownego obłożenia migdałków. 4 czerwca kłykcinki na dolnéj wardze, 11 czerwca nadżerki *ad anum*, 20 czerwca powierzchowne plamy czerwone na języku i odtąd utrzymywały się bez przerwy zmiany na języku w postaci powierzchownych owrzodzeń do dnia 14 marca 1887, w którym dniu rozpocząłem wstrzykiwania głębokie z hydrarg. corros., po których (8 czerw.) zmiany zupełnie ustąpiły i dotąd się nie odnowiły.

II. Do najkorzystniejszych należy następujący przypadek. Po spółkowaniu 4 października 1887 zgłosił się do mnie 4 listopada i opowiadał, że owrzodzenia powstały we 2 tygodnie po spółkowaniu i że do dnia dzisiejszego nic nie robił. Na wewnętrznéj powierzchni napletka po lewéj stronie bardzo wyraźne stwardnienie, w pachwinie prawéj bardzo silnie powiększone gruczoły, na całém ciele rybia łuska (*Ichthyosis*) niskiego stopnia od urodzenia istniejąca. Ponieważ rozpoznanie nie ulegało kwestyi, rozpocząłem natychmiast leczenie od miejscowych wcierań po 1·5 szaruchy i podawania jodu wewnętrznie 7 lutego. Po 60 gramach maści szaréj na migdałku lewym biała plamka wielkości soczewicy, na prawym tylko zaczerwienienie, 19 lutego oba migdałki bardzo leciuchno obłożone. Po 100 gramach szaruchy i 200 gramach jodu ani śladu choroby, gruczoły całego ciała małe. Ostatni raz badałem pacyjenta dnia 1go lutego 1889.

Znam słabe strony moich doświadczeń, a tworzy je ta okoliczność, że dotyczą one chorych ambulatoryjnie leczonych i to przeważnie ze sfer inteligentnych, a więc troskliwszych o swe zdrowie. Mimo to opierając się na przypadkach dokładnie obserwowanych i przez stosunkowo dość długi czas mam prawo polecić je do skontrolowania, a gdyby doświadczenia innych, szczególnie na materyjale szpitalnym, je potwierdziły, mianowicie, gdyby sprawdziło się, że nawroty na częściach płciowych zawsze bywają bardzo rzadkie, leczenie to powinno znaleźć zastosowanie u prostytutek, dotkniętych kiłą a rezultatem tego postępowania byłoby rzadsze zarażenie się od prostytutek.

Zanim przytoczę ostateczne wnioski, nie od rzeczy może będzie porównać wyniki przytoczonego sposobu leczenia z leczeniem powszechnie a przynajmniéj w większéj części u nas używaném, t. j. ze zastosowaniem rtęci dopiero z chwilą wystąpienia objawów ogólnych. Jeżeli rozumiemy przez leczenie okres podawania rtęci, to niewątpliwie króciéj trwa leczenie, gdy rtęć podajemy z chwilą zupełnie wytworzonych objawów ogólnych i to leczenie jest efektowniejsze dla pacyjenta, który widzi szybko rezultat, ale jakkolwiek trudno na podstawie kilkudziesięciu przypadków wypowiadać stanowczą opinię co do wartości powyżéj przytoczonego sposobu leczenia, zdaje mi się, że przebieg przynajmniéj wczesnego okresu bywa łagodniejszy, gdy leczymy od początku miejscowemi wcieraniami a przedewszystkiém nawroty miejscowe na częściach płciowych są rzadsze, co łatwo tłumaczyć właśnie działaniem rtęci na przyrząd, najczęściéj w okolicy części płciowych główne źródło mający. Porównywając leczenie miejscowemi wcieraniami i sublimatem wewnętrznie podawanym z leczeniem wcieraniami miejscowemi z jodem zauważyłem, że drugi sposób leczenia dawał mi lepsze rezultaty, co łatwo wytłumaczyć teoretycznie opóźnionem wydzielaniem rtęci z ustroju pod wpływem jodu w myśl doświadczeń wielu lekarzy.

Reasumując twierdzę, że usprawiedliwiony jest wniosek iż

1) najlepsze rezultaty w leczeniu kiły daje leczenie, polegające na wycięciu pierwotnego objawu przy równoczesném zastosowaniu wcie-

rań miejscowych w okolicę gruczołów pachwinowych; i że

2) leczenie wcieraniami miejscowemi w okolicę gruczołów pachwinowych ułożonych najbliżéj wejściu jadu obok podawania rtęci lub jodu wewnętrznie w okresie przed wystąpieniem ogólnych objawów opóźni wystąpienie ogólnych objawów, czyni je łagodnemi i zmniejsza ilość nawrotów na częściach płciowych.

O ile i jak to leczenie wpłynie na późną kiłę, okaże dalsza przyszłość i długoletnie obserwacyje i od téj też okoliczności zależeć będzie wartość powyżéj przytoczonego sposobu leczenia, które jeszcze raz gorąco polecam do skontrolowania.

III. O guzach podskórnych spostrzeganych na tle gośćca przewlekłego u dorosłych.

Podał
Dr. Stefan Filipkiewicz,
lekarz ordyn. w Cieplicach Trenczyńskich.

LITERATURA: 1) Froriep. Die rheum. Schwiele· Weimar. 1843. — 2) Jaccoud. Traité de pathol. int. 1871. — 3) Meynet. Rhumat. artic. subaigu avec production de tumeurs multiples dans les tiffus fibreux periart. etc. Lyon méd- 1875. — 4) Besnier. Rhumat. Diction. encyclop. des sciences méd. p. 504. 1876. — Féréol. Nodosit. cutan. éphèm. etc. 1879. — Davaine. Ocdéme rhumat. de tissu cellul. sous-cutané. Paris 1879. — 7) Troisier et Brocq. Nodosit. sous-cutan. ephèm et le rhumat. Revue de méd. p. 297. 1881. — 8) Hirschsprung. Ueber eine eigenth. Localisation des Rheum. ac. im Kindesalter. Jahrb. für Kinderheilk. XVI. p. 324. 1881. — 9) Th. Barlow and Fr. Warner. On subcutan. nodules etc. 1881. — 10) Smith. Chorea after slight rheum. Rheum. nodules etc. Med. Times and Gazette. 1882. — 11) Chodorowski. Contrib. à l'étude des nodos. rheum. Thèse de Paris. 1882. 12) Meyer. Zwei Fälle von Rheum. ac. in Kindersalter etc. Berl. klin. Wochensch. Nr. 31. 1882. — 13) Duckworth. Lancet 2. XII. 1882 i 5. V. 1883. — 14) Troisier. Les nodos. rhum. souscutanées. Progrès méd. Nr. 47. 48. 52. l. 1883—84 et L'Union méd. Nr. 32. 1884. — 15) Descroizilles. Nodos. rhum. etc. 1884 — 16) Widal On subcut. nodules etc. Gaz. hebd 1884. — 17) Verhandlung des Congresses für inn. Med. Wiesbaden p. 296. 1885. — 18) Honnorat Lyon. méd· Nr. 16. 1885. — 19) Scheele. Ein Fall von Chorea mit Rheum. nodos Deut. med. Wochenschr. Nr. 41. 1885. — 20) Bertoye. Observ. nouv. des nodos. sous-cut. rheum. Lyon méd. No 6. 1887. — 21) Prior. Rheum· nodos. München. med. Wochenschr. Nr, 28. 1887. — 22) Lindmann. Ueber subcut. Knoten bei Rheum. ac. Nr. 26. 1888.

Objawy ze strony powłok ogólnych wśród gośćca występujące są różnorodne. Siedzibą tych powikłań jest jużto skóra pod postacią wysypki jak wyprysk, rumień, plamica, pokrzywka, jużto tkanka podskórna, a postacią obrzęk mniéj lub więcéj rozległy, o cechach zapalnych lub bez tychże jak *pseudophlegmone*, *hydrophlegmasia*, *infiltr. serosa* (Froriep (1) Davaine (6)). Do rzędu ostatnich należą guzki w skórze na czole przez Féréola (5) spostrzegane, które w pewnych odstępach czasu nagle się pojawiały i w przeciągu doby znikały bez śladu. Od wspomnianych guzów Féréola odróżnić należy guzy, pod skórą usadowione, z powłokami ogólnemi w związku nie będące (*nodosit. sous-cutan. rhum.* Troisier), które w przebiegu gośćca w ostatnim lat dziesiątku bliżéj zbadane, treścią niniejszéj rozprawy będą.

Pierwsze spostrzeżenia w tym kierunku zawdzięczamy lekarzom francuskim, następnie duńskim i angielskim, przypadków ogłoszonych przez lekarzy niemieckich jest najmniéj.

Krótką lecz cechującą wzmiankę o podskórnych guzach gośćcowych spotykamy w dziele prof. Jaccouda (2) z r. 1871 téj treści: „W rzadkich przypadkach napotkać można pod skórą płaskie lub jajowate odgraniczone zgrubienia, od wielkości grochu do orzecha laskowego, pochodzące z nacieku i bujania tkanki łącznéj. Guzki te w różnéj ilości znajdują się niekiedy zdala od stawów zajętych, np. w gośćcu stawu łokciowego cała przednia powierzchnia ramienia była zasiana guzkami. Widoczne nie są, dotykiem łatwo wybadać się dają, podobne do guzków w rumieniu guzowatym, są jednak mniejsze i cechują się brakiem zaczerwienienia skóry".

W r. 1875 Meynet (3) ogłosił ciekawe spostrzeżenie w tym przedmiocie. Chłopiec l. 14 zapada po raz trzeci na gościec stawowy ostry z zajęciem serca. W szóstym tygodniu choroby a w dniu przyjęcia chorego do szpitala zauważył Meynet guzki podskórne, wzdłuż ścięgien zginaczy i mm. wyprostnych palców u rąk, wzdłuż stosu pacierzowego, na czole i tyłogłowiu; stawy barkowe, łokciowe i kolanowe były jakby wieńcem guzków otoczone. Twory te pojawiły się w przeciągu kilku dni, w miesiąc późniéj znikły bez śladu, razem z ustąpieniem gośćca.

W r. 1876 Besnier (4) ogłasza przyczynek do kwestyi poruszonéj.

Z r. 1881 mamy szereg spostrzeżeń kilku autorów i tak: Troisier i Brocq (7) opisują przypadek gośćca stawowego ostrego u mężczyzny l. 45, z zajęciem opłucnéj i śródsierdzia, w okresie wyzdrowienia powtórny napad gośćcowy z zajęciem osierdzia i pojawieniem się guzków podskórnych na tyłogłowiu, czole i uszach. Po kilku tygodniach zupełne wyzdrowienie.

Oprócz wymienionego przypadku ogłosił Troisier (14) w r. 1883 i 1884 jedno spostrzeżenie własne, dwa Fourniera i jedno Vulpiana, jakotéż w dyskusyi nad tym przedmiotem w *Société méd. des hôpitaux* (9. XI. 1883) przytoczył dwa spostrzeżenia Tissiera. Wszystkie przypadki odnoszą się do mężczyzn od l. 29 do 50, cierpiących na gościec stawowy przyostry z wystąpieniem guzków w okresie późniejszym i z zejściem tychże zupełném. Powikłań ze strony serca nie było.

W tymże czasie Hirschsprung (8) opisał w towarz. lek. w Kopenhadze sześć przypadków, pięć z własnéj obserwacyi, jeden Dra Rhena. Wszystkie dotyczą dzieci od $3^1/_2$ do lat 12, obojéj płci, u których wśród gośćca stawowego ostrego znaleziono guzki podskórne w rozmaitym okresie choroby, lecz nigdy z początku téjże. Twory te po kilku dniach lub kilku tygodniach znikały bez śladu. U wszystkich chorych towarzyszyło zajęcie błon sercowych przeważnie śródsierdzia. W jednym przypadku zejście śmiertelne.

Barlow i Warner (9) na Zjeździe międzynar. w Londynie r. 1881 podali wynik z 27 spostrzeganych przypadków, dotyczących dzieci od lat $4^1/_2$, najstarszy pacyjent miał lat 18, (10 chłopców, 17 dziewcząt). U 11 chorych zauważyli guzki podskórne wśród gośćca, u 8 po gośćcu, u 6 były bóle stawowe bez obrzmień, u dwóch przebytego gośćca nie stwierdzono. W 26 przypadkach wykazali równoczesne zajęcia osierdzia lub śródsierdzia. U 10 chorych towarzyszyła pląsawica, do częstych powikłań należały cierpienia skórne, u 7 rumień guzkowaty lub obrzeżny, raz pokrzywka, raz plamica. Guzki pojawiały się nagle, często wśród zaostrzenia gośćca lub sprawy w sercu, zachowywały wielkość pierwotną, rzadko wzrastały, przy ucisku były miernie bolesne, skóra nad niemi przesuwalna, trwały one od 3 dni do 5 miesięcy. Ośmiu chorych zmarło wskutek cierpień serca lub zapalenia otrzewny, na trzech wykonano sekcyje.

W następnych latach liczba spostrzeżeń wzrasta i tak w r. 1882 opisał Smith (10) przypadek gośćca stawowego z zejściem śmiertelném, u dziecka l. 11, u którego wśród przebiegu wystąpiła niedomykalność zastawek półksiężycowych, pląsawica i guzki podskórne. Chodorowskiego (11) przypadek odnosi się do młodzieńca l. 19, u którego w okresie wyzdrowienia pojawiły się guzki podskórne i po kilku dniach znikły. Dwa przypadki Meyera (12) dotyczą dziewcząt l. 12. U jednéj wśród zaostrzenia się gośćca stawowego z równoczesném zajęciem serca znalazł guzki podskórne, u drugiéj sprawdził niedomykalność zastawek półksiężycowych i liczne guzki podskórne bez objawów gośćca. Zejście śmiertelne. Grawitz wykonał sekcyję. Duckworth (13) *Clinical Society of London* 24. XI. 1882 i 27. IV. 1883. opisał trzy spostrzeżenia. Pierwsze dotyczy dziewczyny l. 24, i ciekawe z powodu jedenastomiesięcznego trwania guzów. Drugie u dziewczyny l. 9, cierpiącéj od 2 miesięcy na gościec stawowy z niedomykalnością zastawki półksiężycowatéj wśród którego guzy podskórne po trzech tygodniach trwania powiększyły się. Trzecie (z r. 1883) dotyczy kobiety l. 38, u któréj od lat wielu guzy podskórne, bolesne znajdował, a naturę gośc-

cową tychże stwierdza na zasadzie przebytego gościca u matki i siostry. W dyskusyi nad odczytem Duckwortha przytoczyli Green i Barlow dwa odnośne spostrzeżenia ostrego gościca staw. z zajęciem serca u dzieci, Travers u mężczyzny lat 45, a Mackenziego przypadek dotyczy kobiety syfilitycznéj l. 40, u któréj stale od wielu lat 8 guzów spostrzegał bez objawów gościca.

W r. 1884 Descroizilles (15) i Widal ogłaszają odnośne spostrzeżenia.

W r. 1885 przedstawił Pfeiffer (17) na zjeździe w Wiesbadenie pacyenta Dra Rehna, chłopca l. 9, cierpiącego od lat trzech kilkoma zawodami na gościec stawowy z niedomykalnością zastawek półksiężycowych, pod skórą liczne guzki. W tym samym roku spostrzegał Honnorat (18) wśród gościca przyostrego u kobiety l. 26, guzki podskórne symetrycznie usadowione w okolicy zajętych stawów, które po czterech tygodniach znikły.

Godném wzmianki jest spostrzeżenie Scheelego (19) tyczące się chłopca, który od 9 r. życia kilkoma nawrotami przebył pląsawicę. W 13 r. życia wśród nowego ataku pląsawicy zauważył Scheele guzki podskórne na ścięgnach zginaczy palców obu rąk symetrycznie ułożone, na wyrostku rylcowatym kości łokciowéj, na wyrostkach tarnistych pierwszego i drugiego kręgu piersiowego, następnie na rzepce i łokciu. Z ustąpieniem pląsawicy znikają guzki bez śladu. Serce bez zboczeń. Gościca chory nie przebywał; autor przypuszcza, że gościec przeoczony w lekkim stopniu mógł poprzedzać.

W r. 1887 Bertoye (20) spostrzegł wspomniane guzki u dziewczyny l. 14, w okresie póżniejszym gościca, które powoli ustępowały i wśród recydywy znowu się pojawiły.

Z tego roku mamy dwa spostrzeżenia Priora (21) dotyczące dziewcząt l. 13 i 19, wreszcie z r. 1888 dwa Lindmanna, jeden u chłopca l. 10 z powikłaniem ze strony serca, drugi u mężczyzny l. 32.

Tak więc liczba znanych przypadków w literaturze dochodzi zaledwie do 62, z tych 47 przypada na dzieci, reszta na starszych. W 42 przypadkach stwierdzono u dzieci powikłania ze strony narządu krążenia (*endo-* lub *pericarditis*).

Trzy przypadki, które między r. 1881 a 1888 spostrzegałem, dotyczą mężczyzn, od lat 30 do 40, cierpiących na gościec stawowy lub mięśniowy przewlekły, a głównym objawem było zajęcie mięśni lędźwiowych (*lumbago*).

Obs. I. P. B., kupiec z Wiednia, cierpi od lat trzech na gościec stawowy i mięśniowy, z wiosną r. 1886 wystąpiły nagle bole w okolicy lędźwiowéj, które po kuracyi w Badenie złagodniały, w maju r. 1887 wtórny postrzał. Dnia 3 lipca zgłosił się do mnie podając, że obecnie po dłuższém siedzeniu, leżeniu, przy obrotach bole są bardzo dotkliwe, po wykonaniu ruchu ustępują powoli, lecz nie zupełnie. Ważniejszych chorób nie przebywał. Badanie wykazało: Mężczyzna l. 36, odżywienie dobre, narządy wewn. bez zboczeń, w stawie barkowym i kolanowym prawym złogi gościcowe wybadalne. W okolicy lędźwiowéj znalazłem po stronie prawéj w odległości 3 cm. od ostatnich trzech kręgów lędźwiowych pod skórą prawidłową grupę guzków, w liczbie 15, na powięzi lędźwio-brzusznéj usadowionych, po stronie lewéj dwa guzki na wspomnianéj powięzi, trzy na mięśniu pośladkowym wielkim w okolicy grzebienia kości biodrowéj. Wszystkie guzki były twarde, elastyczne, o powierzchni gładkiéj, zarysach wyraźnych, okrągłe lub jajowate, niektóre nieco spłaszczone, od wielkości grochu do orzecha laskowego, skóra nad niemi przesuwalna, do podstawy są luźnie przyczepione, z łatwością na boki przesuwać się dające, przy ucisku bolesne. Wśród badania chory opowiada, że takie same guzy przed rokiem lekarze zauważyli, które po dwóch miesiącach znikły, obecne spostrzegł lekarz domowy przed sześciu tygodniami, a więc po wystąpieniu postrzału. Po pięciotygodniowém stosowaniu kąpieli, natrysków i mięsienia, bóle lędźwiowe ustąpiły, pięć guzków po stronie lewéj uległo wessaniu, grupa po prawéj zmniejszyła się. Chorego późniéj nie widziałem, zapytany listownie doniósł, że ból w lędźwiach jest nieznaczny, guzki w dwa miesiące po powrocie znikły, a więc trwały miesięcy pięć.

Obs. II. P. W., fabrykant z Górnego Szlązka, l. 34, przebył w r. 1883 ostry gościec stawowy, w r. 1886 wz nówka w formie przyostréj, dnia 28 czerwca r. 1887 przybywa do zakładu, skarżąc się na dolegliwe bóle lędźwiowe, trwające od czterech tygodni. Badanie wykazało otyłość, obrzęk wątroby, rozstrzeń żołądka, niedowład kiszek. W stawie kolanowym prawym wypocina surowicza w miernéj ilości, na zewnętrznym brzegu rzepki podskórny guzek, wielkości grochu, nieco bolesny przy ucisku. Po nad grzebieniem kości biodrowéj prawéj i wzdłuż tejże znalazłem cztery guzki, wielkości orzecha laskowego, po stronie lewéj jeden guzek na wyrostku tarnistym czwartego kręgu lędźwiowego, dwa większe na powięzi lędźwio-brzusznéj. Wszystkie guzki przy ucisku były bardzo bolesne, a kiedy wystąpiły, chory powiedzieć nie umie. Wśród leczenia obrzęk stawu kolanowego znacznie się zmniejszył, guzek w okolicy rzepki uległ wessaniu po dniach 14. W cztery tygodnie ustąpiły guzki w okolicy lędźwiowéj bez śladu, bóle lędźwiowe również.

Obs. III. P. X., obywatel z Galicyi podaje, iż od kilku lat cierpi na ból w krzyżu, które w marcu r. 1881 tak się wzmogły, że wszelki ruch był niemożliwy i zmusiły go do leżenia w łóżku aż do czerwca. Z końcem tego miesiąca przybywa do zakładu. Przedtém cięższych chorób nie przebywał. Badanie wykazało: Mężczyzna l. 40, dobrze zbudowany, narządy wewnętrzne bez zboczeń. W postawie stojącéj pochylenie tułowia ku stronie lewéj (*scoliosis*), wśród leżenia ustępujące, przy ruchach widoczny brak elastyczności w lędźwiach, zginanie, obroty, wstawanie bardzo powoli wykonywane. Bóle większe przy pochyleniu tułowia ku przodowi i na boki, aniżeli przy ucisku na mięśnie w okolicy lędźwiowéj. Pod skórą wzdłuż czterech dolnych kręgów lędźwiowych, górnéj połowy spojenia kości krzyżowéj z biodrową i od tego na zewnątrz, znalazłem szereg guzów w obs. I. opisanych, przy ucisku prawie bezbolesnych, wielkości orzecha włoskiego, na podstawie swéj łatwo przesuwalnych, po lewéj stronie w liczbie 12, po prawéj 8. Lekarz domowy spostrzegł te guzy przed trzema miesiącami a więc wśród opisanego cierpienia. Choremu obok kąpieli zalecono natryki i mięsienie. Z końcem szóstego tygodnia zauważyłem większą swobodę w ruchach, skrzywienie kręgosłupa wyrównało się, przy ruchach tułowia rozleglejszych chory odczuwał mierny ból, guzy uległy bardzo nieznacznemu zmniejszeniu. Po wyjeździe, w drugiéj połowie września pogorszenie, chory, leczony hydropatyją i mięsieniem, doznaje ulgi. Do r. 1883 stan zadowalający, bóle nieznaczne, guzy o $\frac{1}{3}$ swéj objętości zmniejszone wybadać się dają. W kwietniu r. 1883 postrzał znacznie krótszy i słabszy po kąpielach i mięsieniu ustępuje. Bóle lędźwiowe nieznaczne trwają dotychczas, guzy wessaniu nie uległy.

Ostatni przypadek, jakkolwiek był pierwszym z spostrzeganych, bo w r. 1881, podałem na końcu, z powodu odrębnego zachowania się guzów. O ile dwa poprzednie spostrzeżenia odpowiadają znanym w literaturze a cechują się tylko wystąpieniem guzków w przebiegu gościca mięśniowego przewlekłego, o tyle w przypadku trzecim, pominąwszy tło gościca mięśniowego, proces przeobrażenia guzów jest odmienny; guzy te bowiem, w objętości zmniejszonéj, trwają od lat ośmiu i dążności do zupełnego ustąpienia nie okazują. Dwa tylko spostrzeżenia, opisane przez Duckwortha i Mackenziego podobne są do tego przypadku, lecz w obu guzy trwały lata, pojawiły się bez objawów gościca, tak że niektórzy autorowie, jak Lindmann, z wspomnianych względów t. j. braku gościca i długotrwałego istnienia guzów, nie zaliczają tych przypadków do grupy nas obchodzącej. W przypadku przezemnie skreślonym związku między guzami a gościcem zaprzeczyć nie można, a kwestyję nie ustąpienia tychże wytłumaczę poniżéj ze stanowiska anatomii patologicznéj.

Na podstawie zebranych spostrzeżeń w literaturze cechy rozpoznawcze guzów gościcowych są następujące: Są to guzki podskórne, dotykiem wybadać się dające, w przypadkach siedziby około stawów, wśród napięcia tychże widoczne, od wielkości główki od szpilki do orzecha włoskiego, okrągłe

lub jajowate, kuliste lub spłaszczone, o brzegach wyraźnych, w większéj części przypadków przy ucisku bolesne, rzadziéj bezbolesne. Konsystencyi zbitéj, elastycznéj, gruczoły kiłowo zwyrodniałe przypominającéj, skóra nad niemi przesuwalna, prawidłowa. Przyczepione już to do ścięgien, którym w ruchach towarzyszą, do więzadeł okołostawowych, już to do błon ścięgnistych powierzchownych, do okostny lub kości. Guzy te są mniéj lub więcéj ruchome na swéj podstawie, na okostnéj lub kości, są więcéj ustalone, zależnie od silnego spojenia tych tkanin. Pojawiają się szybko, niekiedy w kilku godzinach, w liczbie od 1 do 60, pojedynczo lub w grupach, (symetrycznych około stawów), zachowują jakiś czas pierwotne rozmiary, w rzadkich przypadkach wzrastają, (Duckworth, Prior), następnie w przeciągu kilku dni do kilku miesięcy ulegają zupełnemu wessaniu, wyjątkowo znachodzą się po wielu latach w zmniejszonéj tylko objętości. Niekiedy w okolicy pewnych stawów znikają w kilku dniach bez śladu, ażeby w innem miejscu się pojawić, lub uległszy wessaniu pojawiają się wśród wznówki gośćca, a ustępują w tym porządku, w jakim kolejno się znachodziły. Zauważono je najczęściéj w okresie późniejszym gośćca stawowego ostrego jużto wśród powrotu choroby zasadniczéj lub powikłań ze strony serca, jużto bez ogólnych zaburzeń. W sześciu przypadkach objawów gośćca nie stwierdzono, w czterech z wspomnianych towarzyszyły chorobom serca, raz pląsawicy.

Bang na zasadzie badań drobnowidowych przedstawia tkaninę tych guzków w różnych obrazach, raz jako szeregiem ułożone komórki wrzecionowate, otoczone grubemi włóknami, lub wśród pasma delikatnych włókien wielkie komórki wspomniane, obok tego obfite naczynia krwionośne i miejsca o wyraźnym rozpadzie drobinowym. Wraz z Hirschsprungiem uważa te twory za łączno-tkankowe, natury prawdopodobnie zapalnéj, przewlekłéj, z dążnością do nekrobiozy, a źródło ich powstania odnosi do tkanki ścięgnistéj' budową pokrewnéj. Barlow i Warner opisują je jako twory na pół przeźroczyste, do gotowanego sago podobne, a wraz z Parkerem, (który jeden guz wyciął za życia) dochodzą w badaniach drobnowidowych do wyników przez Banga podanych i porównywają guzki co do budowy z wybujałościami na zastawkach sercowych (*végétations des valvules du coeur*). Stąd przypuszczenie Lindmanna, czy guzki te nie są natury zatorowéj. Do stwierdzenia tego sądu konieczne jest wykazanie mikrobów stale w wypocinie zapalnéj wśródsierdzia znajdowanych. Według Grawitza są to twory włókniakowe, obficie unaczynione, z ogniskami tkanki chrząstkowéj, w jednym guzku znalazł złogi wapniowe.

Z powyższych badań wynika, że guzy podskórne gośćcowe składają się z tkanki, do ziarninowéj porównać się dającéj, która przedstawia drobnowidowo całą skalę form przejściowych do tkanki łącznéj zorganizowanéj, lecz nie dochodząc do tego wydoskonalenia, ulega rozpadowi drobinowemu i wessaniu. Na podstawie tych własności tłumaczyć można nie tylko przemijające trwanie guzów i wessanie w różnym czasie, zależnie od mniéj lub więcéj szybkiéj nekrobiozy, lecz także ich nieustępowanie zupełne. Oto tkanina pierwotna przeobraża się w tkankę łączną, ulega częściowemu zwapnieniu, i jako twór zorganizowany pozostaje w ustroju bez oddziaływania na otaczające tkanki. W ten sposób wyjaśnić można ośmioletnie trwanie guzów w mojem ostatniem spostrzeżeniu. Jakiż związek istnieje między gośćcem a pojawieniem się guzów podskórnych? Wychodząc z zasady, że w gośćcu, jako chorobie ustrojowéj, wśród wszystkich tkanin powikłania wystąpić mogą, tworzą się czasem ogniskowe złogi zapalne o postaci guzowatéj na tkankach, budową guzom pokrewnych, a jak w zapaleniu gośćcowém stawów mamy różne odcienia przebiegu, n. p. szybkie powstawanie obrzęków, wessanie w krótkim czasie bez śladu, lub osadzenie złogów zorganizowanych, tak téż i guzy temu samemu prawidłu podlegają. Czy między chorobami serca a guzami wspomnianemi jest jaki związek, czy téż powikłania te schodzą się przypadkowo, rozstrzygać byłoby zawcześnie. Rozróżnienie guzów podskórnych gośćcowych od nerwiaków, guzów rumieniowych, denniaków *(tophus arthr.)*, torbiaków (*hygroma*), narośli kostnych, nie przedstawia trudności, jedynie może zachodzić wątpliwość co do kilaków (gumma), czego dowodem następujące spostrzeżenie Fourniera (*Troisier, Progrès méd.* Nr. 21. 1884).

Mężczyzna l. 32, przed dwoma laty kiłą dotknięty, zgłosił się wśród wtórnego ataku gośćcowego do szpitala. Obok gośćca zauważono na czole, pod skórą przesuwalną, guz, wielkości orzecha laskowego, na okostnéj usadowiony, o cechach początkowych kilaka. Chory ułatwił rozpoznanie podając, że guz taki wśród pierwotnego wystąpienia gośćca się pojawił i w krótkim czasie zniknął. Fouruier zalecił natr. salicyl., guz po tygodniu uległ wessaniu.

Śledząc dalszy przebieg obu wspomnianych guzów, odróżnić je łatwo, kilak bowiem podskórny przybiera cechy guzów zapalnych, ze skórą się zlewa, mięknie, ulega rozpadowi, kilak na okostnéj otacza się wałem charakterystycznym.

Wartość rozpoznawcza guzów podskórnych gośćcowych jest następująca:

1) Stanowiąc niekiedy jedyny objaw gośćca mogą wyjaśnić naturę cierpień jak: chorób skórnych, nerwowych, narządu krążenia.

2) Umożliwiają rozróżnienie gośćca od innych cierpień ustrojowych, jak kiły.

3) W gośćcu u dzieci napotkane powinny zwrócić uwagę lekarza na potrzebę częstego badania serca.

4) Leczenia oddzielnego nie wymagają, w razie dłuższego trwania użycie środków wessanie przyspieszających jest wskazane.

IV. Kilka słów o plombowaniu zębów złotem.

Podał

Dr. Szymkiewicz w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Jeżeli metoda Herbsta może rościć sobie prawo do wyższości nad dotychczas powszechnie używaną amerykańską, to głównie przez tę ważną okoliczność, iż o połowę skraca czas plombowania złotem. Wymaga ona wprawdzie częstego zmieniania instrumentów, to jednak pozostanie jéj zaletą, iż za pomocą rotacyi pojedyncze warstwy złota nader szybko skupiać się dają.

Na niektóre jednak bardzo ważne okoliczności zwrócić należy uwagę.

Jeżeli wypełnienie ubytku jakimkolwiek materyjałem ma działać ochronnie przed dalszym rozwojem lub nawrotem choroby lokalnéj zęba, natenczas wszystkie części tegoż chorobowo zmienione muszą być dokładnie wyskrobane, a pozostałe ściany silnym środkiem desinfekcyjnym wymyte i wysuszone. W równym stopniu należy baczyć na to, aby materyjał do plombowania służący, oraz narzędzia, któremi się tenże do zęba wprowadza, były wolne od wszelkich przyrzutów, albowiem postępowanie przeciwgnilne, które w chirurgii tak ważne zajęło stanowisko, odgrywa także w dentystyce nader doniosłą rolę i powinno być z równą jak

w chirurgii ścisłością przestrzegane. Herbst nie zachowuje jednak podczas plombowania koniecznych pod tym względem ostrożności. Nie tylko bowiem nie oczyszcza instrumentów, któremi wyskrobuje części zniszczone zębowiny i których w stanie wiele do życzenia pozostawiającym u rozmaitych osób używa, ale nadto nie stosuje żadnych środków odrażających dla desinfekcyi jamy zęba. Ponieważ jednak mimo najdokładniejszego pozornie wyskrobania zdarzyć się może przy tak niekorzystnych warunkach, jakie w jamie ust zachodzą, iż tu i owdzie pozostaną jeszcze części zepsute, których oko nie dostrzeże, przeto ostrożność wymaga, aby jak wyżéj powiedziano, po dokonanéj ekskawacyi jamę zęba silnym środkiem desinfekcyjnym wymyć, a następnie gorącém powietrzem wysuszyć. Doświadczenia bowiem wykazały, iż tym sposobem można zniszczyć żywotność zarodków, sprowadzających próchnicę zęba. Nie zachowując zaś téj ostrożności można się przekonać, iż nawet pod nakrywą plomby w krótszym lub dłuższym czasie zniszczenie próchnicowe pojawia się w głębszych warstwach zębowiny.

Przy samém plombowaniu nie zachowuje Herbst również żadnych przepisów antyseptyki. Pominąwszy tę okoliczność, iż on nakłada złoto starym ekskawatorem, któremu wprawdzie świeżo koniuszek odłamuje, ale który mimo to nie może być uważany za narzędzie sterylizowane, głównie zadziwia zupełne zaniedbanie czystości przy dalszych aktach plombowania. Otóż główkę narzędzia, którego następnie przy obrotach używa, przesuwa kilkakrotnie dla nadania jéj szorstkości po zwykłym papierze piaskowym (*Sandpapier*) i wprost zakłada do jamy zęba celem skupiania złota. Oczywiście wśród takiéj manipulacyi rozmaite nieczystości z papieru dostają się na szorstką powierzchnię instrumentu a ztąd na złoto. Niepodobieństwem jest, ażeby wśród tych warunków złoto zachowało swoją przyczepność i plomba utworzyła jednostajną masę, albowiem doświadczenie uczy, iż blaszki szczerego złota, w jakikolwiek sposób na powierzchni zanieczyszczone lub zwilżone tracą swoją przyczepność, nawet chociażby się je nad płomykiem lampki spirytusowéj starano oczyścić i osuszyć. Wprawdzie kontrolując każdą warstwę odłamanym ekskawatorem, którego koniec jest chropowaty, zmusza Herbst następujące warstwy do łączenia się na takiéj szorstkiéj powierzchni z poprzedzającemi, bądź co bądź jednak skupienie pojedynczych pokładów złota na tém bardzo cierpi i nie dorównywa pracom wykonanym według amerykańskiéj metody. Bo jeżeli tutaj nawet po wielu latach powierzchnia złota pozostaje jednostajnie równą i gładką, to przy używaniu metody Herbsta, chociaż z początku powierzchnia skutkiem dokładnego wygładzenia również zdaje się być jednostajnie skupioną, to z czasem pod wpływem ciągłego działania wilgoci musi związek pomiędzy pojedynczemi warstwami się rozluźniać. Zarzut ten, iż plomby złote, przez samego Herbsta przed kilku laty wykonane, są w niektórych miejscach swéj powierzchni miękkie, uczyniono już z bardzo poważnego źródła, nie można jednak z tego powodu obwiniać saméj metody rotacyjnéj, która pod względem mechanicznego działania przy skupianiu złota nie pozostawia nic do życzenia, tylko w pierwszym rzędzie zanieczyszczone instrumenta. Ale zachodzą jeszcze inne okoliczności, przedstawiające w ujemném świetle metodę Herbsta. Tyczy się to głównie plomb, które wypełniają ubytki na bocznych ścianach małych i wielkich zębów trzonowych.

Wiadomo, iż przy plombowaniu tychże metodą obrotową wsuwa się między dwa sąsiadujące zęby łożysko, które sięga od dziąseł tylko do pewnéj wysokości korony, nie dochodząc atoli powierzchni żującéj, przez co tylko część ubytku bliższa dziąseł jest osłonięta i za pomocą przylegających blaszek łożyska w jamę środkową przeobrażona, ale nie część położona bliżéj powierzchni żucia. Przestrzeń ta zajmująca obie jamy a przechodząca ponad łożyskiem stanowi według metody Herbsta jedną jamę centralną. Nie uwzględnia się jednak tego, iż między brzegami obu jam ponad łożyskiem znajduje się wolna szpara, przez którą podczas rotacyi przeciska się złoto, t. j. w tém miejscu będą pojedyncze blaszki najluźniéj ze sobą spojone. Wprawdzie przy obrotach płaskiego stożka malachitu, który wchodzi na granicę obu zębów i ku wydrążeniu jednego i drugiego złoto uciska, niedokładność ta częściowo naprawioną zostaje, to jednak ponad brzegiem łożyska pozostały mostek, którego stożek malachitu dosięgnąć nie jest w stanie, a który się dopiero późniéj pileczką przecina, jest najmniéj skupiony i stanowi niewątpliwie najsłabsze miejsce całéj plomby. I do téj zatém okoliczności odnosi się zarzut uczyniony plombom Herbsta, iż w niektórych miejscach swéj powierzchni są miękkie i niedostatecznie wykończone.

Ze względu nareszcie na łożyska Herbsta należałoby także pewną zrobić uwagę.

Jak wyżéj wspomniano, składają się one z dwóch podłużnych cieńkich blaszek stalowych, nachylonych do siebie pod kątem ostrym i na jednym końcu spojonych za pomocą klina, w którym przebiega podłużny kanalik, ku drugiemu końcowi zaś rozchylających się na kształt skrzydeł. Ponieważ budowa anatomiczna małych i wielkich zębów trzonowych jest tego rodzaju, iż korony w miarę zbliżania się do szyjki stożkowato się zwężają, czyli odstęp między temi zębami ma postać trójkąta, którego podstawa odpowiada brzegowi dziąseł, a wierzchołek zwrócony jest ku ich powierzchni żującéj, przeto nachylenie klinowate obu blaszek łożyska jest na to przeznaczone, aby podstawą opierało się na dziąsłach, zaś ostrzem zwracało ku powierzchni żucia obu sąsiednich koron. Jeżeli odstęp między niemi jest nieznaczny, natenczas sprężystość obu blaszek wystarcza do zamknięcia bocznych ubytków i do przeobrażenia tychże w jamy centralne: jeżeli zaś przestrzeń ta jest znaczniejszą, natenczas zmusza się blaszki do silniejszego rozchylenia za pomocą główki szpilki, którą się kanalikiem klina wsuwa. Pomysł ten w istocie godny jest wszelkiego uznania, gdyby nie ta okoliczność, iż blaszki takiego łożyska są zbyt cienkie i zbyt sprężyste, aby zdolne były bez zmiany swego położenia wytrzymać ucisk podczas rotacyi wykonany. Główka szpilki powstrzymuje je tylko w jednym punkcie, okoliczne zaś części przy rotacyi uginać się muszą, przez co złoto na powierzchni nie może być tak skupione, jakby tego poprawność i dokładność plomby wymagała.

Walkhoff twierdzi w *„Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde“* z marca r. 1888, że plomby według staréj metody młotkiem wykonane przewyższają plomby Herbsta w skupieniu pojedyńczych części między sobą, ostatnia jednak metoda wyżéj stoi od poprzedniéj w tém, iż tutaj złoto ściśléj przylega do ścian i sam akt plombowania jest dla pacyjenta delikatniejszym, niż przy metodzie dawnéj. Twierdzenie to niepoparte żadnemi dowodami nie ma najmniejszego znaczenia, albowiem dopiero wtenczas można będzie co do bezwzględnéj wartości obu metod stanowcze wypowiedzieć zdanie, skoro się jedną i drugą plombę w rozmaitych przekrojach nie tylko dokładnie mikroskopowo zbada, ale także każdą z nich pozostawi na dłuższy czas w warunkach chemicznych i termicznych, odpowiadających warunkom, którym zęby w jamie ust podlegają, aby w ten sposób ocenić wszechstronnie odporność tychże plomb na szkodliwe czynniki jamy ust.

Jeżeliby zaś zdanie Walkhoffa było istotnie prawdziwém, natenczas możnaby stanowczo twierdzić, iż plomby Herbsta znacznie wyżéj stoją od amerykańskich przez tę nader ważną zaletę, iż ściśléj przylegając do ścian zęba nie dopuszczają, aby pierwiastki szkodliwe między plombę a ściany ubytku wcisnąć się mogły, przez co absolutnie ochraniają ząb w miejscu zaplombowaném od dalszego zepsucia.

Tymczasem Miller w Berlinie doszedł przed kilku laty do wręcz przeciwnego twierdzenia. Wkładał on zęby plombowane metodą Herbsta do rozczynu karminu, i przekonał się, iż barwik ten po pewnym czasie wciskał się między plombę a ścianę zęba, czego nie zauważył przy plombach wykonywanych metodą amerykańską.

Jest bardzo prawdopodobném, iż niedokładność tę w przyleganiu plomby Herbsta odnieść w największéj części należy do wyżéj wymienionych usterek, a mianowicie do zanieczyszczenia materyjału i narzędzi oraz do braku stałéj podpory dla złota ponad łożyskiem i w częściach jego ku brzegom ubytku zbliżonych. (Dok. nast.)

V. Oceny i sprawozdania.

„O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności“ przez Dra Teodora Heringa

ocenił
prof. Dr. Pieniążek.

Ujemne wyniki leczenia suchot w ogóle, a suchot krtani w szczególności, ciągle zawody napotykane ze strony środków w tym kierunku zalecanych muszą usposabiać sceptycznie wobec każdego nowego środka lub metody, jaką nam postęp nauki lekarskiéj przeciw temu cierpieniu przynosi. To téż nic dziwnego, że i praca niniejsza podobnie jak jéj poprzedniczki na wstępie spotkać się musiała z niedowierzaniem. Sam autor był na to przygotowany i podnosi to na samym wstępie. Co do mnie wyznać muszę, że jakkolwiek własne doświadczenie doprowadziło mnie już dawniéj do przekonania, że przyjęta powszechnie absolutna nieuleczność suchot krtaniowych (gruźlicy krtani) wcale nie zasługuje na godność dogmatu w nauce medycyny, jakkolwiek znanem zaszczytnie było już w literaturze imię Heringa i on sam znany mi był jako ścisły i sumienny badacz, to jednak pracę jego przyjąłem z pewnem niedowierzaniem. To też nie mogłem się odważyć na napisanie oceny dzieła, dopókibym przez własne doświadczenie własnego przekonania w téj sprawie nie nabrał. Ztąd się tłumaczy, że dziś dopiero, t. j. w dwa lata po wyjściu dzieła, występuję z jego oceną, która jakkolwiek spóźniona, sądzę, że będzie jeszcze na czasie w obec ważności pracy Heringa i w obec skeptycyzmu, z jakim ona dotąd jeszcze, lubo w coraz mniejszym stopniu, ma do walczenia. Przystępuję zatem do przedstawienia treści niniejszéj pracy z dodatkiem moich pod tym względem uwag.

Na wstępie wspomina autor o przypadkach, w których obserwował wygojenie wrzodów gruźliczych, samoistne, t. j. bez użycia jakichkolwiek środków miejscowo na nie działających, a jedynie po wprowadzeniu chorego ustroju w odpowiednie warunki. Rzecz dziwna, fakta tego rodzaju znane były pewnie prawie wszystkim doświadczonym laryngologom, a jednak przechodziły długo bezużytecznie dla nauki i cierpiącéj ludzkości, gdyż jedni woleli raczéj w siebie wmawiać pomyłkę diagnostyczną, niż w wyleczalność gruźlicy uwierzyć, inni zaś przypuszczali jakieś niezwykle korzystne warunki ze strony ustroju i chorego narządu, których bliżéj poznać i o ile można sztucznie wytwarzać nie starali się. Co więcéj postawiono jako dogmat zasadę, że wrzody gruźlicze stanowią jakieś *„noli me tangere“* dla wszelkich lokalnych energiczniejszych zabiegów, zasadę, od któréj w ostatnich dopiero latach zaczęli niektórzy laryngologowie odstępować, robiąc próby z środkami antiseptycznemi, a potem żrącemi. To też za prawdziwą zasługę poczytać musimy autorowi, że zachęcony faktami samoistnego wyleczenia podjął za przykładem Pelana szereg doświadczeń z wypalaniem wrzodów gruźliczych krtani i połyku kwasem chromowym, przyczém doszedł do dodatnich w pewnych przynajmniéj razach wyników. Następnie za przykładem Krauze'go zaczął używać do wypalania wrzodów kwasu mlekowego a zachęcony wynikami pracował daléj nad wydoskonaleniem miejscowego, a nawet ściśle chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, a rezultaty téj pracy w niniejszem dziele zestawia.

Na początku swéj pracy przechodzi autor po krótce rozwój pojęć co do sprawy gruźliczéj krtani od Laënneca aż do ostatnich czasów. Znajdujemy tu uwydatnioną ciągłą zmianę pojęć o téj sprawie chorobowéj i zapatrywania na nią Laënneca, Louisa, Trousseau'a, Virchowa, Rindfleischa, Heinze'go. Autor potwierdza na podstawie własnych badań zapatrywania Rindfleischa co do powstawania owrzodzeń ze sprawy nieżytowéj w gruczołach śluzowych, a mianowicie w ich przewodach, odnośnie do tchawicy. Co do krtani jednak przypuszcza wraz z Heinzem powstawanie owrzodzeń w suchotach krtani jedynie z gruczołków, które w dnie albo na brzegach wrzodów znajduje.

Po tem zaznaczeniu swego stanowiska odnośnie do stosunku owrzodzeń do gruźlicy w krtani, kreśli autor główne typy wrzodów gruźliczych jakoto: soczewicowate, kraterowe i szczelinowe, których natury gruźliczéj dowodzi stanowczo obecność gruzełków, równie jak prątków Kocha w ich dnie i brzegach. Do wrzodów gruźliczych zalicza on również t. z. wrzody aftowe, opierając się na obecności prątków Kocha w ich dnie i brzegach. Znajdował on te prątki stałe nietylko w dnie wrzodów gruźliczych, ale nawet we wszystkich gruźliczych naciekach bądź głębokich, bądź powierzchownych, nawet przy zupełnie jeszcze nie naruszonéj powłoce przybłonkowéj. Następnie, pragnąc bliżéj określić warunki powstawania wrzodów gruźliczych przedstawia autor budowę błony śluzowéj krtani, z którego to opisu podnieść winniśmy znalezione przez niego na brzegach strun głosowych w okolicy wyrostka głosowego gruczoły śluzowe. W dalszym ciągu wyraża autor zdanie, że suchoty krtani są prawie zawsze cierpieniem miejscowem, nie zaś objawem gruźlicy ogólnéj, przypuszcza daléj możność pierwotnéj infekcyi w krtani, któréj toruje drogę odpadanie przybłonka w stanach nieżytowych. Przytem podnosi możność infekcyi drogą gruczołów śluzowych krtani, znalazł bowiem prątki gruźlicze w przybłonku wałeczkowym ich przewodów. Wobec częstości owrzodzeń gruźliczych w okolicy wyrostków głosowych i wobec ucisku, na jaki te części przy czynnościach krtani są wystawione, uważa za prawdopodobne w wielu razach zakażenie przez dostanie się prątków do gruczołów w tém miejscu przez niego znalezionych. Tak więc wywodzi on gruźlicę krtani z miejscowego zakażenia, najczęściéj występującego jako autoinfekcya przez prątki zawarte w wydzielinie z dolnych dróg oddechowych w suchotach płucnych, rzadziéj zaś nabytego od zewnątrz, przez stosunki z chorymi dotkniętymi suchotami i t. p. przy odpowiednich warunkach miejscowych ze strony krtani. Tu samo przez się nasuwa się pytanie, czy niema zmian do gruźliczych podobnych, któreby jednak nie na tle gruźlicy się rozwijały, ale może dopiero późniéj dogodne miejsce do infekcyi stanowiły; przedewszystkiem dotyczy to pytanie chorych, dotkniętych suchotami płucnemi. Tu Hering przypuszcza powstawanie u suchotników nieżytów krtani nie zależnych od prątków Kocha, podnosi jednak trudność rozróżnienia ich za życia od nieżytu, towarzyszącego pierwszym zmianom gruźliczym. Wszelkie zaś owrzodzenia w krtani w przebiegu suchot płucnych powstałe uważa już za gruźlicze. Dalsze pytanie, nasuwające się tu, dotyczy t. z. wrzodów nieżytowych u osób nie dotkniętych wcale gruźlicą. Autor przytacza zdanie Virchowa, który uważa pojęcie wrzodów nieżytowych za niezgodne z naturą nieżytu i istotą rzeczy, a przypuszcza jedynie *„errosive Geschwüre“*, które przez sekrecyę nieżytową sprowadzone być mogą, występują jednak tylko na miejscach pokrytych przybłonkiem płaskim, jak brzegi strun głosowych i przestrzeń między-nalewkowa. Z tem zgadza się i Hering co się tyczy lokalizacyi wrzodów, zatrzymuje jednak nazwę wrzodów nieżytowych, dla których podaje cechy rozpoznawcze, odróżniające je od podobnych gruźliczych. Pomimo to podnosi, że rozpoznawać wcale nie zawsze na pewne można, w czém się z nim najzupełniéj zgodzić musimy.

Co się tyczy zapatrywań autora w tym ustępie wyrażonych podnieść muszę jedno, na które nie mógłbym się w zupełności zgodzić. Autor uważa gruźlicę krtani za sprawę lokalną przez lokalną infekcyę plwociną powstałą; nie przecząc wcale téj możliwości, sądzę, że nie mamy jednakże prawa zupełnie wykluczać drugiéj, t. j. rozszerzania się następowego gruźlicy z płuc na krtań, podobnie jak i na inne narządy, o ile w nich warunki dogodne do jéj rozwoju się znajdują. Wykazano obecność prątków we krwi w ostréj prosówkowéj gruźlicy; bardzo proste jest przypuszczenie, że takowe przez komórki limfatyczne do różnych narządów zawleczone być mogą; czyż mamy zatem prawo zaprzeczania tego sposobu szerzenia się gruźlicy na mniejszą skalę w przypadkach chronicznych? Hering na mocy swego doświadczenia prawie zawsze lokalną infekcyę za przyczynę gruźlicy uważa, gdy ja na mojem się opierając w wielu razach skłonniejszy byłbym powstanie gruźlicy krtani przeniesieniu prątków z płuc na drodze krążenia przypisywać. W każdym razie spór to podrzędnéj wagi, bo raz powstałe zmiany gruźlicze z jakiéj bądź przyczyny będą rozszerzać się i niszczyć coraz bardziéj zajętą tkankę. W drugim rozdziale dostarcza autor anatomi-

cznych dowodów uleczności wrzodów gruźliczych, a przedewszystkiem dowodzi możliwości wyleczenia samoistnego, podając wynik sekcyi, przy której obok *„phthisis fibrosa“* w płucach znaleziono grubą bliznę w przestrzeni między-nalewkowéj. Oprócz zmian w płucach przemawiają za gruźliczą naturą wrzodu, który zabliźnionym został, znalezione w przestrzeni między-nalewkowéj twory soplowate, pokryte zgrubiałym przybłonkiem zmiany w gruczołach śluzowych, które obok przerostu tkanki łącznéj międzyzrazikowéj okazywały naciek drobnokomórkowy, tak między — jak i śródrazikowy, a w końcu guzek otorbiony, który w zupełności odpowiadał gruzełkowi w stanie wstecznego przeobrażenia. Następnie opisuje autor przypadek, w którym dość rozległe wrzody na strunach głosowych i w przestrzeni międzynalewkowéj udało mu się przez wypalanie kwasem mlekowym, a częścią przez łyżeczkowanie, doprowadzić do zabliźnienia, gdzie chory jednak skutkiem sprawy płucnéj w 3 miesiącu po wygojeniu wrzodów krtani umarł. Badanie pośmiertne okazało zupełne zabliźnienie wrzodów, pod blizną jednak, równie jak i w dnie kilku świeżych nadżarć gruzełki, które usuwają wszelką co do natury sprawy wątpliwość. Podnieść tu musimy, że pod całą blizną po łyżeczkowaniu pozostałą (w przestrzeni międzynalewkowéj), znalazł się jeden tylko głęboko siedzący i to starszy gruzełek, który Hering uważa za dawny łyżeczką nie dosięgnięty, a więc dowodzący tem mocniéj gruźliczéj natury łyżeczkowanego wrzodu. Inne gruzełki były świeże. W następnych trzech przypadkach podaje autor korzystne wyniki leczenia wrzodów gruźliczych połyku wobec podobnych wrzodów krtani i suchot płucnych. W przypadkach tych osiągnął on zabliźnienie wrzodów pomimo, że sprawa w płucach postępowała i w krótkiem czasie chorzy jéj ulegli. (C. d. n.)

Fizyjologija.

Rappoport i Zdan-Puszkin: **O wpływie czuwania i snu na wydzielanie i zdolność trawiącą soku żołądkowego.**

Dwie prace tak zatytułowane zostały uwieńczone przez Wojenno-Medyczną Akademiję w Petersburgu złotym medalem. Każdy z autorów napisał swoją pracę oddzielnie, przeprowadziwszy ją ściśle naukowo i opierając swoje wyniki tylko na podstawach doświadczalnych. Doświadczenia czyniono na ludziach dorosłych, posiadających zdrowy przewód pokarmowy. Sok żołądkowy otrzymywano w ten sposób, że podawano badanemu białko jaja kurzego, a w godzinę potém pompowano treść za pomocą miękkiego zgłębnika. Obaj autorowie przerobili 3 szeregi doświadczeń, a mianowicie badali sok żołądkowy najpierw w dzień, następnie w nocy, przyczem badany czuwał przez cały czas doświadczenia i wreszcie w nocy, gdy badany spał przed i po podaniu białka. Wyniki, do których przyszli autorowie, zgadzają się ze sobą prawie w zupełności a mianowicie: 1) pod wpływem snu zmniejsza się znacznie ilość wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym; 2) kwasota soku żołądkowego, wydzielanie go i zdolność trawiąca zmniejszają się pod wpływem snu; 3) zmniejszenie zdolności trawiącéj zależy nie od braku pepsyny, lecz od braku wolnego kwasu solnego; 4) pod wpływem snu nie zmienia się prawdopodobnie wydzielanie fermentu podpuszczkowego; 5) czuwanie w nocy nie wywiera żadnego wpływu na własności i ilość soku żołądkowego. — Rezultaty Zdan-Puszkina są następujące: 1) sen w nocy zmniejsza kwasotę soku żołądkowego, osłabia oddziaływanie na wolny kwas chlorowodowy, zmniejsza zdolność trawiącą soku i ilość peptonów w nim zawartych; 2) czuwanie w nocy nie zmienia wydzielania i zdolności trawiącéj soku żołodkowego. (*Wracz*, 5, 6, 7 i 8 1889 r.) *A. W.*

Farmakologija.

Nitschmann (Erfurt): **O używaniu i działaniu sozojodolu.**

Autor potwierdza nietrujące działanie przetworów sozojodolu, które nadają się szczególnie do zastosowania w leczeniu ran, nawet tam, gdzie brakuje większych części skóry. Środek ten stosowano naprzód w ranach ropiejących i posokowatych i skutki osiągnięte skłaniają autora do zalecenia go i w ranach ciętych, zadanych nieczystemi nożami, w których nie przyszło do rychłozrostu, w stłuczeniach, oparzelinach, wywołanych rozżarzonym płynnym metalem, w oparzeniach powierzchownych skóry, powstałych w skutek wybuchu, w owrzodzeniach przewlekłych podudzia, jakotéż w innych przypadkach. Tam, gdzie dawniéj używano jodoformu, a gdy przyszło do nadmiernego bujania ziarniny azotanu srebrowego, sprawiał sozojodol ten sam skutek. W dwóch przypadkach rozległych powierzchownych oparzeń, powstałych przez wybuchnięcie, leczył autor równocześnie jeden za pomocą jodoformu, drugi za pomocą sozojodolu, a ostatni przypadek wyleczony był w połowie tego czasu, co pierwszy. Masa, któréj N. w takich przypadkach używał, miała następujący skład: Lanolini 40.0, Sozojodolnatr 4.0, M. f. ungt. Sozojodol sodowy okazał się jeszcze skutecznym w 5% roztworze wodnym w nieżytach przewlekłych połyku i jamy ust, w zapaleniach spojówki ropnych i w rzeżączkowém zapaleniu spojówek noworodków. Daléj używał autor z dobrym skutkiem sozojodolu sodowego w 10% maści w zapaleniach pochwy, a w proszku w nieżytach i owrzodzeniach szyjki. Rozczyn 7-procentowy sozojodolu cynkowego wstrzykiwany do macicy za pomocą strzykawki Brauna oddawał bardzo dobre usługi w zapaleniach błony śluzowéj macicy, daléj w pochwicy *(vaginismus)* i w świerzbieniu (*Therap. Monatsh.* 1889 Nr. 1). Dr. *R. Spira.*

(P...i) **Maść przylepna z lanoliny.** Dr. Stern z Monachium zaleca w tym celu lanolinę bezwodną, którą łatwo otrzymać można z lanoliny zwyczajnéj zawierającéj 23% wody przez umiarkowane jéj ogrzewanie. Lanolinę bezwodną miesza się z oliwą i w następującym stosunku:

Lanolini anhydr.	40 gram.
Ung. simpl. (Cérat jaune)	40 „
Olei olivarum	20 „

ogrzewa się i miesza.

Po oziębieniu otrzymuje się maść barwy jasno-żółtéj, nie drażniącą skóry, mającą punkt topnienia wyższy niż ciepłota skóry i dającą się na skórze rozpościerać w dość grubéj warstwie. Przylepność téj maści do skóry pozwala pokrywać nią skórę dokładnie bez przymocowywania jéj opaskami. Dr. Stern sądzi, że można przepisywać bardzo korzystnie środki miejscowo działające z tą maścią w tych chorobach skórnych, gdzie się używa opatrunku wszelkiego a mianowicie w wyprysku twarzowym u dzieci, gdy chodzi po prostu o przykrycie skóry i o zabezpieczenie jéj od stykania się z powietrzem. Zresztą odpowiednio do wskazazania można tę maść jako objemiec, do którego dodaje się według potrzeby niedokwasu cynku, kwasu borowego, salicylowego, dziegciu i t. p. leku używanego w chorobach skórnych. (*La Sémaine médicale* 1889-9).

(P...i) **Oliwa do wcierań rtęciowych.** Dr. Lang zaleca następującą mięszaninę skuteczniejszą niż szarą maść w leczeniu kiły wcieraniami rtęciowemi, a mającą tę zaletę, że mniéj brudzi:

Calomelanos	13·50
Lanolini	13.50
Olei olivorum	23.—

(*Le Sémaine médicale* 1889-9).

Terapija.

Ebstein: **Przyczynek do leczenia róży.**

Wychodząc z założenia, że kwas karbolowy, jako dzielny środek antyseptyczny, może powstrzymać postępy róży, polecał jeszcze Hüter wstrzykiwanie tego środka w skórę zdrową w okolicę wału różycowego. Zbliżony do tego jest nowo podany przez W. Ebsteina sposób Rosenbacha. Według Rosenbacha obmywa się nasamprzód dokładnie skórę zdrową w bezpośredniem sąsiedztwie róży — a po wysuszeniu takowej wciera się mocno 5% maść z kwasu karbolowego i wazeliny. Tą samą maścią pociąga się także skórę zajętą różą, przyczém pocierać jednak należy zawsze od skóry zdrowéj dla uniknięcia zakażenia téj ostatniéj. W 27 przypadkach sposób ten okazał się bardzo dobrym, bo róża albo nie przekraczała pierwotnych granic, albo przekraczała i przebiegała bardzo łagodnie. Działanie maści karbolowéj polega prawdopodobnie nie na jéj własnościach antyseptycznych, ale raczéj na tém, że sprowadza w skórze zmiany, dzięki którym pasorzyty znajdują gorsze warunki bytu. Inny sposób podał niedawno Dr. Behrend. Wiedząc, że wyskok bezwodny zabija koki róży, próbował Behrend wcierać w skórę różycowo zmienioną i w jéj zdrowe otoczenie 90% wyskok. Wynik leczenia był znako-

mity. Po 3—5 dniach leczenia róża ustępowała w zupełności a stan ogólny chorego zaraz po rozpoczęciu leczenia znacznie się poprawiał. Kiedy wiadomość o tych dwóch nowych sposobach leczenia pojawiła się w Nrze 7 „*Wiener Medic. Blätter*“, leczył właśnie Dr. Keměny chorego, u którego róża pomimo wszelkich zabiegów leczniczych czyniła szybkie postępy, sprowadzała ciężkie zmiany na skórze w postaci ropienia i taki miała groźny przebieg, że zdrowego zresztą i dobrze odżywionego chorego w przeciągu 14 dni nie do poznania wyniszczyła. Dr. Keměny, wyczytawszy wiadomość o nowych środkach leczniczych, zastosował je u swojego chorego, i użył po jednéj stronie ciała (róża zajmowała cały tułów, uda i górne części ramion) sposobu Rosenbacha, po drugiéj sposobu Behrenda. Wynik był nadspodziewanie dobry, róża natychmiast przestała czynić postępy, zmiany poczęły ustępować, a ogólny stan chorego znacznie się poprawił. Wyskok 90% działał energiczniéj od maści, poleconéj przez Rosenbacha. (*Wiener Medic. Blätter* Nr. 7 i 10). *A. R.*

† Dr. Elmer proponuje leczyć choroby cewki moczowéj, pęcherza moczowego, macicy i kiszki prostéj „drogą suchą“ — to jest wprowadzając do nich lekarstwa w stanie sproszkowanym, n. p. jodoform, kokainę etc. Dla wprowadzenia tych lekarstw autor wynalazł odpowiednie przyrządy w rodzaju kateterów.

(H. K) Idąc za przykładem Reicherta (patrz Przegl. Lek. spraw. 1888) stosował **kwas kamforowy przeciw chorobom błon śluzowych** w klinice prof. Moslera **Niesel**; używając go albo w postaci płynu do płukania, do przestrzykiwania, rozpylania i wdychiwania, do smarowania. Wewnętrznie podawał go ze skutkiem suchotnikom przeciw potom nocnym, zapisując go po 1.0—2.0 w opłatku; do wziewania zapisywał kwas kamforowy 1% w rozczynie alkalicznym; w wszystkich przypadkach zwiększonego wydzielania, błony śluzowe wydzielały po nim mniéj. W dwóch przypadkach przewlekłego zapalenia pęcherza moczowego przepłukiwał 0.5%, potem 1% rozczynem pęcherz za radą Fürbringera; w obydwóch nastąpiło wnet znakomite polepszenie; w jednym z nich zupełne wyleczenie. Do pędzlowania nadaje się dobrze zarówno w rozczynie wodnym jak i glicerynowym, tylko że ostatni trochę drażni. (*Deutsche med. Woch.* 1888 Nr. 40).

Choroby kobiece.

J. Hochenegg (Wieden): **Zastosowanie metody operacyjnéj Kraskego w ginekologii.**

Autor, asystent profesora Alberta, jeszcze w sierpniu r. z. w jednym z numerów *Wiener Klinische Woch.* rzucił myśl, czyby sposobu operacyjnego, podanego pierwotnie przez prof. Kraskego, nie można zastosować jako operacyi wstępnéj, ułatwiającéj dostanie się do schorzałych wewnętrznych części rodnych kobiecych, przez co zyskałby chirurg nową drogę, pozwalającą mu ominąć dwie dawno już znane, t. j. cięcie brzuszne i operacyję przez pochwę; zwłaszcza w przypadkach, gdy obie te ostatnie metody połączone są z niebezpieczeństwem lub trudnościami, nie dającemi się czasem przezwyciężyć. Operacyję samą radził wykonywać w następujący sposób: po wyłuszczeniu kości ogonowéj i częściowéj resekcyi skrzydła kości krzyżowéj (jak to czyni Kraske), należy odłuszczyć kiszkę odchodową od otoczenia po jednéj stronie, tak, aby z łatwością na przeciwną przesunąć się dała, poczém przecina się cięciem dość szerokiem fałd otrzewnéj w t. zw. *excavatio utero rectalis*, a zyskawszy w ten sposób obszerny dostęp do części rodnych, takowe z łatwością od otoczenia oddzielić i do zewnętrznéj rany ściągnąć można. Oprócz jednak prób dokonanych następnie na trupach przez Herzfelda, które potwierdziły, iż żaden rękoczyn nie ułatwia tak dostępu do wewnętrznych narządów rodnych jak właśnie zmieniona w ten sposób operacyja Kraskego, brak było dotychczas doświadczenia na żywych. Dopiero teraz autor, ośmielony dwoma przypadkami operacyjnemi, uwieńczonemi pomyślnym skutkiem, poleca na nowo tę metodę. Pierwszy przypadek dotyczył choréj, dotkniętéj rakiem części pochwowéj, operował ją prymaryjusz szpitala Rudolfa w Wiedniu Gersuny; nie mogąc z powodu znacznego unieruchomienia macicy wyłuszczyć jéj przez pochwę, wykonał powyższą operacyję jako wstępną, poczém po odłączeniu macicy od otoczenia wyłuszczenie przez pochwę z łatwością się udało. W drugim przypadku chodziło o guz, wychodzący z lewego więzadła szerokiego, operował odrazu powyższym sposobem sam autor, przyczém cały guz wraz z macicą, mimo silnych i rozległych zrostów z otoczeniem, stosunkowo łatwo przez ranę zewnętrzną dał się wyłuszczyć.

Na podstawie więc teoretycznego rozumowania, prób uczynionych na trupach, oraz opisanych dwóch przypadków operacyjnych na żywych, przychodzi autor do przekonania, że powyższy sposób operowania wskazany byłby tam, gdzie ani zapomocą cięcia brzusznego, ani przez pochwę nowotworu całkowicie usunąć nie można, jak to ma miejsce w przypadkach guzów, głęboko w miednicy usadowionych lub zbyt małych i unieruchomionych. Korzyści zaś tego rodzaju operowania widzi autor przedewszystkiem w możności dokładnego usunięcia schorzałych części, łatwego tamowania krwotoku i wygodnego po operacyi leczenia rany. Rzecz cała, jak widzimy, zbyt nowa, na nader jeszcze skąpej oparta statystyce, ale zawsze zasługująca na uwagę, a może i godna dalszych prób i doświadczeń. (*Wiener klin. Woch.* 1889, Nr. 9).

Dr. Langie.

Choroby skórne i weneryczne.

Richter (Praga): **Lupuscarcinoma.**

R. ogłasza z kliniki chorób skórnych prof. F. I. Picka ciekawy przypadek téj rzadkiéj choroby w celu wyjaśnienia powstawania raka w bujającéj tkance liszaja żrącego. 47-letni górnik leczony kilkakrotnie z powodu rozległego liszaja żrącego. Obciążane dziedziczne gruźlicze wykazano w tym przypadku z taką pewnością, że prof. Raudnitz użył tego przypadku dla udowodnienia gruźliczéj przyrody liszaja żrącego. Po 12-letniém trwaniu wytworzył się w zakresie skóry liszajem dotkniętéj rak przybłonkowy, i to najpierw na licu lewém. Prof. Gussenbauer wyciął nowotwór i przez 2 lata nawrotu choroby nie było. Po 2 latach odnowił się rak na licu prawém. Nowotwór był od otaczającéj skóry, okazującéj jużto świeże zmiany, już téż blizny po zagojonych gruzełkach liszaja, ostro odgraniczony swemi wyniosłemi brzegami Oba guzy okazywały następujące wspólne cechy: 1) oba nowotwory przedstawiały się jako guzy ostro od otaczającéj skóry odgraniczone, jako coś obcego, samoistnego, 2) rozwinęły się na odpowiadających sobie miejscach twarzy, okazując jużto owrzodzenia, jużteż wybujałości brodawkowate liszaja żrącego, 3) oba guzy odznaczały się szybkim wzrostem i to nie jak zwykle w raku przez wytworzenie nowych nacieków rakowych w otoczeniu, lecz wywołując zniszczenie skóry sąsiedniéj; 4) w tkance nowotworowéj wytwarzały one względnie szybko obok zmian proliferacyjnych także zmiany wsteczne; 5) w obu przypadkach nie było zajęcia sąsiednich gruczołów chłonnych a wreszcie 6) nie było chery rakowéj. Badanie mikroskopowe potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne raka przybłonkowego. Etyjologija téj choroby jest podobną do etyjologii raka, i tak zdarza się najczęściéj dopiero po 40 roku życia; po drugie potrzebne jest zwichnięcie równowagi między tkanką łączną a przybłonkiem i to tak, aby składniki przybłonkowe wzięły górę. Wreszcie podnosi R., że o chorobie téj może tylko wtedy być mowa, jeżeli rak powstaje w tkance liszaja żrącego, będącego w całym swym rozwoju, gdyż rak powstający z blizn po wyleczeniu liszaja nie ma z tym ostatnim nic wspólnego. (*Vierteljahreschrift f. Dermat. u. Syph.* 1888). *Dr. Baschkopf.*

Choroby oczne.

Deutschmann: **Ophthalmia migratoria.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Według doświadczeń na zwierzętach przedsiębranych wydarza się zapalenie opon mózgowych tylko jako rzadki wyjątek w przebiegu zapalenia wędrownego, a z tém zgadza się téż doświadczenie i u ludzi. Przebieg zapalenia wędrownego cechuje się, prócz zajęcia rozmaitych części tak pierwszego jak i drugiego oka, przedewszystkiem złośliwością sprawy chorobowéj i ustawiczną skłonnością do wznówek, a te jego własności licują jak najlepiéj z przyrodą zapaleń zakaźnych. Rokowanie jest w każdym razie pod względem obu oczu co najmniéj wątpliwe, dla oka pierwszego, zakażonego niejako z pierwszéj ręki, gorsze aniżeli dla drugiego, któremu staje się szczególnie złowrogiem przez skłonność do ciągłych wznówek. Poczytując zakażenie ustrojami drobnowi-

dowemi pierwszego oka za przyczynę choroby drugiego główne zadanie leczenia upatrywać musimy w zapobieganiu. Wkłada to na nas obowiązek przestrzegania najściślejszego prawideł aseptyki przy operacyach, a jak najstaranniejszego leczenia chorób oka, które przedziurawienie jego ścian sprowadzić mogą. W przypadkach uszkodzeń oka z przebiciem jego ścian, bez względu czy ciało obce pozostało w oku lub nie, przestrzega autor przed leczeniem zachowawczem zbyt daleko posuniętem. Jeżeli w takim przypadku wzrok uległ zniszczeniu lub takowe na pewno przewidujemy, należy oko wyłuszczyć lub treść jego wypatroszyć; w razie utrzymania się jeszcze wzroku można wyczekiwać dni kilka, czy i w jaki sposób zakażenie wystąpi, a wtedy postąpić stosownie do ciężkości choroby. Jeżeli ona utratą wzroku zagrozi lub pozostawi nadzieję ocalenia zaledwie jakiejś lichej jego resztki, będziemy mieli obowiązek poświęcenia oka uszkodzonego. W takich przypadkach, w których zakażenie nie ulega wątpliwości, ale sprawa chorobowa wystąpi jako ograniczona i pozostawi nadzieję utrzymania wzroku, niepodobna dać pewnych przepisów, a wskazanie zależeć będzie od podmiotowego sądu lekarza. Zgodnie z teoryją należałoby takie oczy poświęcać, ponieważ zagładę drugiego sprowadzić mogą, ale w praktyce trzeba się liczyć z doświadczeniem, że tego następstwa pociągnąć za sobą nie muszą. Oczy już dawniéj stracone i przedstawiające się lekarzowi dopiero w tym okresie należy bez wahania usunąć, jeżeli tylko według doświadczenia powód do choroby oka drugiego dać mogą, a tyczy się to nie tylko ócz zniszczonych skutkiem urazu, ale i straconych skutkiem tak zwanych dobrowolnych zapaleń wewnętrznych, jeżeli ich stan najmniejszém niebezpieczeństwem oku drugiemu grozi. W celu leczenia zachowawczego wykonać możemy: wyłuszczenie gałki lub jéj wypatroszenie, proste przecięcie nerwu wzrokowego lub przecięcie połączone z wycięciem kawałka przynajmniéj 10 mm. długiego. Wyłuszczenie daje bez wątpliwości największą pewność. Mimo pewnych korzyści praktycznych, jakie wypatroszenie gałki ocznéj nastręcza, nie jest ono, jako operacya nowa, dostatecznie wypróbowane tak, iżby je bezwzględnie polecać można jako środek na pewne wybuchowi choroby drugiego oka zapobiegający. Proste przecięcie nerwu wzrokowego nie jest dość pewnem, bo jak doświadczenie uczy, przecięte końce mogą się napowrót zrosnąć ze sobą. Wycięcie kawałka nerwu wzrokowego, zalecane przez Schweiggera, powinnoby, biorąc rzecz teoretycznie, zabezpieczać oko drugie od zakażenia, ale czy tak jest rzeczywiście, rozstrzygnąć musi dopiero doświadczenie. Jeżeli choroba na drugiem oku już wybuchnęła, skuteczność wyłuszczenia pierwszego staje się bardzo wątpliwą, chociaż znane są przypadki, w których wczesne wyłuszczenie oka pierwszego wywarło wpływ bardzo zbawienny na chorobę drugiego. Mimo rzadkości takich spostrzeżeń należy jednak pierwsze oko, jeżeli jest już ślepe, w każdym razie wyłuszczyć, bo ono nie tylko jest źródłem pierwszego wybuchu choroby na oku drugiem, lecz może jeszcze w przyszłości być źródłem ponownych jéj napadów i zaostrzeń. Ale wyłuszczenie nie jest usprawiedliwionem, jeżeli oko pierwsze ma jeszcze jakiś wzrok choćby lichy, bo nie można przewidzieć jak się zakończy choroba drugiego, a znane są, choć rzadkie przypadki, w których na pierwszém oku ocalał jakiś wzrok, podczas gdy drugie zupełnie ociemniało. Wydarza się nawet niekiedy wyzdrowienie oka drugiego bez wyłuszczenia pierwszego. Prócz wyłuszczenia zalecają powszechnie miejscowo atropin i ciepłe okłady a równocześnie wcierania szaruchy ogólne, ale niestety okazuje się i to leczenie często bezskutecznem. Autor zaleca jako najracyjonalniejsze leczenie, prócz wyłuszczenia oka pierwszego, wczesną irydektomię i częściéj powtarzane przekłówanie komórki przodkowéj oka drugiego, a obok tego leczenie ogólne przetworami rtęci. Sprawozdawca Przeglądu Lekarskiego musi się zgodnie z własnem i powszechnem doświadczeniem dotychczasowem oświadczyć przeciw wykonywaniu wczesnéj irydektomii, a zarazem podnieść, że D. sprzeciwia się poniekąd sobie samemu, gdy o kilka wierszy niżéj, mówiąc o wykonywaniu irydektomii po ukończeniu sprawy chorobowéj na oku drugiem, przestrzega: „*Nur warte man die völlige Ruhe des Auges zu diesem Zwecke ab; operative Eingriffe während eines noch vorhandenen Reizstadiums führen zu keinem gutem Resultate*“, raczéj należałoby powiedzieć: *sind geradezu schädlich.* Zalecone przez Gallengę zapuszczanie do oka rozczynu sublimatu 3 do 5 na 1000 uważa D. za racyonalne i naśladowania godne dodając jednak, że o jego skuteczności rozstrzygnąć musi dopiero doświadczenie. I w téj mierze miałby sprawozdawca Przeglądu wątpliwość, czy oko dotknięte zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego zniesie zapuszczanie tak silnego i bądźcobądź drażniącego rozczynu sublimatu. (*Ueber die Ophthalmia migratoria. Hamburg und Leipzig* 1889, str. 145). *Rydel.*

Toksykologija.

Prof. Albertoni (Bolonia): **O działaniu jadu żółwiego.**

Ważne jest działanie tego jadu na narząd krążenia: zmniejszenie się ilości tętna, powiększenie się siły skurczu serca i wzmocnienie parcia krwi; znaczniejsze dawki téj trucizny sprowadzają jeszcze znaczniejsze powiększenie parcia ościennego a w końcu nagłe ustanie działania serca. Bicie serca żabiego ustaje przed zniesieniem czucia i ruchu; światło naczyń zwęża się. Z tego wynika, że jad ten działa podobnie jak naparstnica. Słuszność swych twierdzeń dowodzi A. za pomocą rysunków sfygmo — i kardiograficznych. (*Intern. kl. Rundschau*). *Dr. Baschkopf.*

(†) Zambianchi i Montalti opisują 2 przypadki zatrucia kokainem z zejściem śmiertelnem. W pierwszym przypadku po wstrzyknięciu podskórnem $4\frac{1}{2}$ strzykawek 5% rozczynu kokainu kobiecie cierpiącéj na nawrot raka gruczołu mlekowego wystąpiły drgawki padaczkowe, wśród których chora umarła. W drugim przypadku podano choréj na gruźlicę przez pomyłkę 5 grm. 30% rozczynu kokainu wewnętrznie. Śmierć nastąpiła wśród objawów majaczenia. Sekcyja wykazała przekrwienie mózgu i jego opon, oraz krwotoki w mózgu i płucach. Zdaniem Dra M. polega zatrucie ostre kokainem na porażeniu układu naczyniowego, w skutek którego powstają przekrwienia i krwotoki. (*Lo Sperimentale*)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Eisenberg (Wiedeń): **O żywieniu dzieci mlekiem wolnem od zarodków drobnych ustrojów.**

Statystyczne zestawienia wykazują, że śmiertelność sztucznie żawionych znacznie przewyższa śmiertelność zwykłą. Zaczęto zatem próbować, czyby się przez dodanie jakich ciał nie udało wartość i składniki sztucznéj pożywki zbliżyć do mleka matczynego. To jednak wcale nie zmniejszyło liczby dzieci zapadających na nieżyty żołądka i kiszek, dla małych dzieci do sprowadzenia śmierci zupełnie wystarczających. Najważniejszą różnicą między jedném mlekiem a drugiém stanowi, jak Escherich wykazał, że mleko prosto z piersi wyssane jest wolne od zarazków albo ich zarodników, podczas gdy sztuczna pożywka wcale téj zalety nie posiada. Największy postęp w sztuce wyrabiania i przechowywania mleka wolnego od zarodników drobnych ustrojów zrobił Soxhlet, który w szczelnie zamkniętych 150 gramowych flaszeczkach przechowuje mleko a przed podawaniem dziecku każe ograć w łaźni wodnéj przez 40 minut. Sposób jego ulepszył Hochsinger, który obecnie urządził we Wiedniu zakład, w którym ludność biedniejsza może za tanie pieniądze kupować mleko wolne od wszelkich zarazków. W Lipsku urządza podobny zakład prof. Hoffmann; mają w nim rozdawać biedniejszym matkom sterylizowane mleko za darmo. (*Zeitschrift für Therapie* 1889 Nr. 3). *Dr. Kraus.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4-go kwietnia. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego doc. Gluziński, w zastępstwie prezesa prym. Paszkowskiego, rzewnemi słowy wspomniał o śmierci ś. p. Biesiadeckiego a oddawszy należny hołd Jego pamięci i zasługom, zaproponował zamknięcie posiedzenia na znak żałoby i odroczenie go do przyszłéj środy, na co też licznie zebrani członkowie, którzy powstawszy z miejsc wysłuchali przemówienia przewodniczącego, jednomyślnie się zgodzili. **Posiedzenie zatém odbędzie się we środę d. 10 b. m. o godz. 6-téj** w tém samém miejscu i z tym

samym porządkiem dziennym, co posiedzenie, na dzień wczorajszy zapowiedziane.

* Na pogrzeb ś. p. Biesiadeckiego pojechali, o ile wiemy, z Krakowa: prof. Madurowicz jako wieloletni przyjaciel, dziekan Rydygier, celem reprezentowania uniwersytetu i wydziału lekarskiego, prof. Browicz, jako były asystent i następca na katedrze, prymaryjusz Paszkowski jako prezes Tow. lekarskiego. O śmierci ś. p. Kaczorowskiego dowiedzieliśmy się dopiero z gazet politycznych; ani Tow. lekarskie ani redakcyja Przeglądu nie otrzymały zawiadomienia o śmierci i dniu pogrzebu; podajemy fakt celem usprawiedliwienia lekarzy krakowskich, że w żaden sposób nie mogli objawić kondolencyi swéj z powodu śmierci kolegi, który i tu powszechnego używał poważania.

* Kilku słuchaczy 4-go roku med. złożyło w Red. Przegl. Lek. kwotę 5 złr. z przeznaczeniem na fundusz wdów i sierót po lekarzach, zamiast sprawiania wieńca na trumnę ś. p. Dra Wojnarskiego.

* Na pogrzebie ś. p. Dra Tomasza Wojnarskiego przemówił wymownie i serdecznie prezes Tow. lek. prymaryjusz Paszkowski.

* **Wiedeń**. Towarzystwo lekarskie wybrało członkami honorowymi: Bardelebena, Bergmanna, Esmarcha, Flechsiga, Königa, Lebera, Lückego, Nussbauma, Socina, Thierscha, Volkmanna, Waldeyera i Westphala; członkami korespondentami: Auvarda i Bergera w Paryżu, Eppingera w Gracu, Förstera w Wrocławiu, Schweiggera w Berlinie i Wernickego w Wrocławiu.

Asystent prof. Toldta Dr. Della Rosa przez nieuwagę zamiast wody wypił w zakładzie pół szklanki rozczynu sublimatu. Spostrzegłszy fatalną swoją pomyłkę wołał natychmiast o pomoc; po napiciu się większéj ilości mleka i wymiotowaniu przewieziony został do kliniki Nothnagla, gdzie dotąd pozostaje, a jest nadzieja utrzymania go przy życiu.

(†) **Rosyja**. Kapitał kaukazkiéj kasy zapomogi dla lekarzy wzrósł do 1 stycznia 1889 r. do pokaźnéj sumy 32.146 rubli. W ciągu stycznia b. r. wydała kasa na zapomogi lekarzom i ich rodzinom kwotę wynoszącą 840 rubli.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Praga**. Prof. położnictwa Weber kończy 70 r. życia, ustąpi więc niezadługo z katedry. — Dr. Hugon Rex habilitował się jako docent anatomii w Wydz. niemieckim. — **Wiedeń**. Rektor tegoroczny prof. E. Süss złożył godność swoją, wskutek czego prorektor prof. Vogel objął zastępstwo. — **Królewiec**. Prof. Nauwerck z Tübingi powołany został jako następca Baumgartena. — **Graz**. Profesorem anatomii opisowéj po Zuckerkandlu mianowany został dotychczasowy prof. w Insbruku Holl; wydział lękarski przedstawił był primo loco Henkego, obecnie w Tübindze, a dawniéj w Pradze.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W Zdrowiu Nr. 42: Ziemińskiego: O znaczeniu dziedziczności w rozwoju krótkowzrocznéj budowy oka: Hamona: Rury ołowiane (c. d.); Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.). — *W Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Wicherkiewicza. O najwłaściwszych sposobach otwierania torebki soczewkowéj celem wydobycia zaćmy; Müntza: O kwasach żołądkowych. — *W Medycynie* Nr. 13: Stępniewskiego: Z instytutu szczepienia ospy; Stankiewicza: Z kazuistyki chir. chorób organów moczopłciowych (c. d.).

Sprostowanie. W Nrze 13 str. 162, szpalcie 2-giéj wiersz 2-gi od dołu zamiast Dr. Momidłowski, powinno być: „p. o. lekarza ordynującego jest Dr. Murdzieński“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.